

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1916-1917. — N° 6

LES
ÉTATS PSYCHASTÉNIQUES FRUSTES
ET LA GUERRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Décembre 1916

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles-Albert CORDIER

Né le 20 février 1891, à Paris (Seine),

Élève de l'École du Service de Santé militaire,

Médecin aide-major de 2^e classe.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1916

LES

ÉTATS PSYCHASTÉNIQUES FRUSTES

ET LA GUERRE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		LÉPINE (J.)
Chimie biologique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales		RENAUT
Anatomie pathologique		MORAT
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée		LESIEUR
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		COURMONT (P.)
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THÉVENOT (Lucien)
NEVEU-LÉMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
LAROYENNE	THÉVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. J. LÉPINE, *Président*; COLLET, *Assesseur*;
MM. DEVIC, et ARLOING, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1916-1917. — N° 6

LES

ÉTATS PSYCHASTÉNIQUES FRUSTES

ET LA GUERRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Décembre 1916

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles-Albert CORDIER

Né le 20 février 1891, à Paris (Seine),

Élève de l'École du Service de Santé militaire,

Médecin aide-major de 2^e classe.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1916



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MON NEVEU

A MON FRÈRE, LE CAPORAL FERNAND CORDIER

du 17^e d'infanterie.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-INSPECTEUR RUOTTE

Chef supérieur du Service de Santé de l'A. O.,
Ancien sous-directeur de l'Ecole du Service de Santé militaire,
Officier de la Légion d'honneur.

Tout récemment appelé à l'honneur de
servir sous ses ordres, je me fais un devoir
de l'assurer de mon profond respect et de
mon entier dévouement.

A mon Maître et Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN LÉPINE

Professeur de clinique des maladies nerveuses et mentales
à la Faculté de Lyon,
Médecin en chef de l'Asile de Bron (Rhône).

Il m'accueillit jadis avec une inoubliable bienveillance à l'Asile de Bron : C'est là, au contact des malades, c'est à la Faculté aussi, en suivant ses cours, que j'ai pris le goût très vif de la médecine mentale. Il me fait aujourd'hui le très grand honneur de présider ma thèse. Je lui en exprime ma très grande reconnaissance et le prie de croire à mon profond respect.

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES DE PROMOTION

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR GEORGES CENET

Ex-Médecin-Chef de service au 162^e d'infanterie.

Durant seize mois vécus côte à côte, il fut pour moi un camarade autant qu'un chef, un conseiller autant qu'un guide, un modèle, enfin, d'énergie et de droiture. Je le prie d'agréer l'expression de mon infinie gratitude pour sa bienveillance à mon égard.

A MES CAMARADES

MÉDECINS, OFFICIERS ET SOLDATS

Du 162^e d'infanterie.

Aux humbles avec qui, toute une inoubliable période durant, j'ai vécu, à tous ceux qui, obscurément, souffrent et se sacrifient, j'adresse l'expression de mon admiration émue et de mon très cordial souvenir.

AVANT-PROPOS

Tout en apportant aux aliénistes et aux psychologues un certain nombre de cas observés soit sur la ligne de feu, soit dans les services neuro-psychiatriques de l'arrière, la guerre actuelle n'a pas créé de maladie nerveuse ou mentale nouvelle (Benon). Elle ne semble pas non plus avoir augmenté sensiblement les cas de psychoses chez les combattants, même pour ce qui est des accidents commotionnels par exemple. Beaucoup de médecins de l'avant, dont certains étaient particulièrement préparés à les découvrir, les ont en vain cherché. Cette constatation est d'autant plus réconfortante pour l'avenir de la race française que le contraire est vrai dans l'armée allemande : nous n'en pouvons douter, puisque ce renseignement nous est fourni par la *Deutsche Medizinische Wochenschrift* elle-même ¹.

Vouloir décrire des troubles psychiques empruntant à la guerre leur couleur peut donc sembler paradoxal. Nous l'avons tenté pourtant. D'abord, la rareté même leur donne un intérêt spécial. De plus, des malades,

¹ Citée par les *Ann. Med. psych.*, avril 1916, p. 280.

comme ceux que nous avons eu la bonne fortune d'observer, sont parfois méconnus, surtout les formes que nous signalons ici et qui ne sont pas toujours évacuées sur les centres de psychiatrie. Enfin, ces cas paraissant se rapprocher des états psychasténiques nous ont permis d'essayer d'élucider quelques points obscurs dans cette question, encore si controversée, de la psychasténie.

En effet, depuis le jour où Pierre Janet a créé le mot et décrit les symptômes de ladite affection, les idées ont beaucoup varié à son sujet. Nombre d'auteurs, de nos jours encore, lui refusent toute autonomie et essaient de la faire rentrer soit dans le cadre de la neurasthénie, soit dans celui des dégénérescences mentales.

La question n'est pas simplifiée de ce fait, car, depuis nombre d'années déjà, la doctrine de la dégénérescence mentale, pour la considérer d'abord, est battue en brèche d'une façon redoutable. Magnan, resté un des derniers défenseurs de ce concept, n'a pu endiguer le flot des critiques. Il est indéniable que la classe des dégénérés réunit des faits disparates. Le terme ne peut s'appliquer que difficilement à tel ou tel cas particulier. Et puis, aucune règle ne permet d'établir un pronostic ou de prédire l'évolution. Bref, l'appréciation personnelle joue un tel rôle, que parler de dégénérescence est facile, mais explique tout sans rien approfondir et risque de conduire à des erreurs sérieuses. La thèse de Genil-Perrin l'a démontré et semble avoir apporté les derniers arguments qui ébranlèrent cette théorie.

Des reproches analogues peuvent être faits à propos

du rattachement de l'affection de Pierre Janet à la neurasthénie. On a fait un tel abus de ce terme, qu'il est possible de lui rattacher de nombreuses psychonévroses. André-Thomas pourtant admet la parenté des deux affections. Il décrit une cérébrasthénie ou neurasthénie psychique, dans laquelle la fatigue est surtout intellectuelle. Cette affection, dit-il, s'associe souvent aux autres stigmates de la dégénérescence, à une émotivité anormale, aux phobies, aux obsessions, aux manies, mais cette association n'est pas obligatoire. « C'est pourquoi, conclut l'auteur, elle ne constitue pas une entité morbide, contrairement à l'opinion de Pierre Janet qui l'a décrite sous le nom de psychasténie. » André Riche déclare également « qu'il existe entre la neurasthénie vraie et les états qualifiés, à la suite de Charcot, neurasthénie héréditaire, actuellement psychasténie, une symptomatologie parfois identique ». Aussi, pour éviter toute confusion, fait-il toujours suivre le nom de la maladie que nous envisageons des deux épithètes « hypochondriaque constitutionnelle », ou bien parle-t-il d'une association mal précisée, la psychasténo-neurasthénie.

Sans admettre entre les deux affections une barrière infranchissable, il y a pourtant des différences suffisantes pour légitimer une description spéciale de la psychasténie. Marchand l'admet, et nous définit la maladie comme constituée par « l'ensemble des troubles mentaux que présentent les obsédés et les impulsifs et dont les principaux sont une émotivité exagérée, une sorte de dédoublement de la personnalité, des troubles accentués de la nutrition ». Nombre de mé-

decins reprennent l'étude de l'affection ainsi catégorisée et en vulgarisent la description (Meignant).

A l'étranger, Dubois (de Berne), donne une assez grande extension à ce concept et l'un de ses élèves, Schnyder, déclare que le terme de psychasténie paraît propre à désigner ces états psychopathiques où la faiblesse du jugement apparaît d'une manière flagrante et n'a pas conduit à des modifications profondes de la personnalité. Juarros, dans une classification des psychonévroses qui va de la normalité à l'aliénation, décrit quatre types : la neurasthénie, la psychasténie, l'hystérie, l'épilepsie. C'est là une division toute théorique, basée sur un portrait trop schématisé de la mentalité de ces malades. La clinique vient bien souvent lui donner un démenti : notons néanmoins l'individualisation admise par l'auteur du type qui nous intéresse.

Dans son cours magistral et dans ses entretiens cliniques, notre maître, le professeur Jean Lépine, avait toujours attiré, d'une façon particulière, notre attention sur les états psychasténiques et les symptômes primordiaux qui permettent de déceler l'affection et qui sont bien notés par Marchand dans la définition reproduite plus haut. Aussi, lorsque nous eûmes l'occasion, durant les mois de guerre déjà écoulés, de rencontrer des malades qui présentaient pareils symptômes, la pensée nous vint de les observer avec le plus grand soin et de voir en quoi ils se rapprochaient des psychasténiques observés par nous jadis. Grâce aux conseils de gens particulièrement autorisés, à l'égard de qui notre gratitude est infinie, nous avons déjà quelques

observations et notes quand parut l'étude d'André Gilles : *Sur certains cas de neurasthénie et, à leur propos, sur certains états psychologiques observés sur la ligne de feu.*

Les observations publiées ont un air de parenté avec les nôtres : les unes et les autres ne sont toutefois pas superposables. Certains symptômes à peine ébauchés chez les malades de Gilles ont, chez les nôtres, une importance parfois primordiale. Pourtant, l'auteur s'avoue déjà embarrassé pour faire rentrer l'affection qu'il décrit dans un cadre connu. « Il nous semble, dit-il, qu'il s'agit là d'un complexus morbide, nerveux et psychique, nettement caractérisé. Il est certes voisin de la neurasthénie, mais proche de la mélancolie, et affecte une forme originale, empruntée aux particularités des circonstances de guerre. »

Ainsi donc, nos malades sont assez différents des neurasthéniques (voir chap. VI). Et, d'autre part, la parenté des états observés avec les états psychasténiques est suffisante pour permettre de les rattacher à l'affection de Pierre Janet. Toutefois, ce sont des états frustes, en raison de l'âge tardif de leur apparition, de l'hérédité peu chargée, de l'absence ou l'imprécision de quelques symptômes parfois, enfin de la légèreté de l'atteinte mentale. Celle-ci fut telle, qu'elle a permis à plusieurs malades de continuer à vivre sur la ligne de feu, qu'en aucun cas elle n'a nécessité, à l'heure actuelle, des mesures d'extrême rigueur, enfin que, chez personne, elle n'a conduit à des actes désespérés, tels que le suicide.

Comme la plupart des psychasténiques frustes ne sont pas évacués, ou, du moins, ne parviennent pas jusqu'aux centres neuro-psychiatriques, il nous a semblé que le médecin de régiment qui, éventuellement, observe ces malades, devait attirer l'attention sur eux. C'est montrer l'intérêt pratique que nous avons tous à les connaître, puisque, la plupart du temps, ils restent utilisables. De plus, les quelques observations nouvelles apportées ici pourront peut-être servir aux auteurs qui étudieront dans la suite les états psychasténiques, notamment à leur genèse. Ainsi se précisera dans la suite par une série d'analyses, c'est-à-dire conformément aux méthodes françaises, une affection qui a le mérite d'avoir été individualisée et particulièrement bien étudiée en France.

C'est, pénétré de ces idées, que nous avons commencé l'étude des observations et la description, aussi soigneuse que possible, de leurs symptômes. L'état mental des malades a retenu notre attention par quelques-unes de ses particularités. Les erreurs de diagnostic ont été examinées et éliminées. Un chapitre a été consacré aux facteurs étiologiques et un, enfin, aux résultats pratiques qui découlent de cette étude.

Ainsi présenté toutefois, ce travail serait incomplet : les éléments inhérents à la guerre, qui donnent à l'affection décrite une couleur spéciale, seraient passés sous silence. Un chapitre préliminaire, qui pourrait sembler, aux observateurs superficiels, inutile, a paru nécessaire. De l'avis de tous ceux qui ont étudié la psychologie de cette guerre, celle-ci « a fait surgir des êtres nouveaux » (G. Le Bon). Il faut donc connaître

à fond les réactions du combattant, particulièrement ses imperfections et ses défaillances pour sentir en quoi « le psychasténique de guerre » se compare à ses camarades sains, de quelle façon il peut aussi s'en différencier. De longs mois passés dans l'infanterie, partageant la vie des officiers et des soldats, nous avons fourni les éléments d'étude : pour éviter toute déformation tendancieuse, nous avons, occasionnellement, feuilleté la littérature de la guerre, et nous nous sommes guidé, à chaque pas, par des citations empruntées à des combattants ou à des observateurs sérieux. Ainsi peut s'éclairer la psychologie et surtout la pathologie des états étudiés de la sorte.

Ecrites dans le milieu même où vivaient nos malades, dans l'intervalle des périodes de combat, avec le secours d'une bibliographie rudimentaire, ces pages ne sont pas sans imperfections. Bien des points peut-être auraient dû être approfondis et précisés; d'autres n'auraient été que signalés brièvement si nous avions pu nous tenir au courant de tous les travaux parus sur la psychasténie, ou même sur la médecine mentale depuis le début de la guerre. Si des raisons, énumérées ci-dessus, légitiment la publication de ce travail dans son état actuel, elles ne nous empêcheront point de continuer l'étude des états psychasténiques, et peut-être de la reprendre un jour.

En terminant cet avant-propos, il nous reste un devoir impérieux, mais bien doux à remplir. C'est de remercier, du fond du cœur, ceux, maîtres, chefs et camarades, qui nous facilitèrent la rédaction de notre thèse, et, d'une façon plus large, tous ceux qui ont

bien voulu s'intéresser à nous, au cours de nos études d'abord, durant ces vingt-huit mois de guerre ensuite. Ils sauront se reconnaître dans ces lignes, sans qu'il nous soit nécessaire de les désigner autrement.

LES
ÉTATS PSYCHASTÉNIQUES FRUSTES
ET LA GUERRE

CHAPITRE PREMIER

LES RÉACTIONS PSYCHIQUES DES COMBATTANTS

En mobilisant toutes les forces vives des nations engagées, la guerre actuelle a créé, par suite de ses caractères inattendus de forme et de durée, des privations intellectuelles et morales prodigieuses. Aussi bien, les qualités requises jadis pour faire un soldat ne suffisent plus : il faut des vertus, c'est-à-dire « des forces acquises, raisonnées, voulues et tenaces ». L'étude des variations d'adaptation individuelle du combattant, de ces qualités sublimes qui ont suscité depuis plus de deux ans l'admiration du monde, même de nos ennemis, l'étude des imperfections possibles aussi, bref, l'analyse des réactions psychiques du combattant est donc nécessaire pour bien comprendre les défaillances pathologiques de quelques individualités. Elle est particulièrement importante pour éclairer les manifestations morbides du psychasténique à la

guerre, celui-ci motivant ses plaintes, à tort ou à raison, par des mobiles empruntés à son milieu spécial. Il faut donc, à notre grand regret, laisser dans l'ombre toute cette floraison de vertus françaises de la guerre qui donnent une impression « de santé et de vitalité éclatante » et font dire de nos soldats qu'ils sont « racés » (R. Kipling)¹. Au contraire, nous détaillerons particulièrement les déficiences psychiques du combattant, puisqu'elles s'amplifient ou se déforment chez nos malades.

1. La vie du combattant.

Voyons d'abord quelles sont les conditions matérielles de la vie pour nos soldats dans la période actuelle de la guerre. Il ne convient pas d'insister sur les deux mois du début qui, avec la retraite, puis la bataille de la Marne, rappellent, avec une assez grande parenté, les combats de jadis et supposent les mêmes qualités. A cette période, qui fut très fatigante du reste, succédèrent les longs mois durant lesquels la guerre de tranchées s'est installée et perfectionnée. C'est à cette forme de guerre que le combattant de l'heure actuelle s'est adapté, c'est elle qui fut la génératrice de toutes les réactions psychiques ou, éventuellement, psychopathologiques des combattants, c'est donc elle qui est intéressante pour nous.

Un régiment occupe un secteur de combat sur la

¹ R. Kipling, *la France en guerre*, Berger-Levrault, Paris-Nancy, 1916.

ligne de feu. Là, durant quatre, huit, douze jours, plus ou moins, suivant les circonstances, le combattant, troupier ou gradé, vit à quelques mètres de l'ennemi. Jour et nuit, les balles sifflent à ses oreilles, les obus éclatent, alternant avec quelques-uns de ces nombreux engins qui portent des noms sombres ou pittoresques : « crapouillots », « minen », bombes, grenades, etc. Le soldat prend sa faction au créneau ; il étudie les points où se tient l'ennemi : postes d'écoute, abris surélevés, observatoires. Puis, il collabore aux nombreuses corvées quotidiennes : soupe, ravitaillement en eau, en munitions, transport de matériel, aménagement d'abris, etc. La nuit, il est envoyé en patrouille, ou bien il contribue à l'organisation et à l'amélioration de la défense (pose de réseaux de fils de fer, par exemple). Bref, il mène une vie sérieuse, occupée, fatigante, mais compatible pourtant avec cet état physique et moral constaté par tous nos visiteurs : grands personnages officiels, français, alliés ou neutres.

Puis, au bout de quelque temps, il y a des périodes de repos, parfois encore à portée de l'artillerie ennemie, parfois dans des cantonnements plus éloignés de la ligne de feu et aussi plus confortables : c'est là que se font la remise en main et l'entraînement, et aussi toute une série de corvées dont certaines ne laissent pas d'être un peu pénibles.

A ce régime, des qualités et des vertus sont nées : l'homme n'est plus le même qu'au début de la guerre.

Les réactions intellectuelles et affectives ont changé, lui-même en a fait l'observation, expliquant

ces modifications, de sorte qu'il suffit d'interroger les combattants pour connaître d'eux-mêmes leurs défaillances psychiques.

2. Modification de l'activité intellectuelle.

Les visiteurs venus de l'arrière ont constaté chez quelques individus d'élite, ou chez quelques combattants dont la vie matérielle était moins rude que normalement, une tendance à maintenir l'effort intellectuel intégral. Les livres sont admis dans la tranchée avec un éclectisme variable. Mais, à la vérité, le chef et le soldat orientent toute leur activité sur la tranchée d'en face. Ils le doivent : le succès est à ce prix. Le capitaine Laffargue, auteur d'un bel opuscule de *Conseils aux fantassins pour la bataille*¹, est sévère pour l'inactif. « Le fantassin considère qu'il est dans la tranchée uniquement pour empêcher l'ennemi de passer s'il vient à attaquer. Comme l'ennemi n'attaque pas tous les jours, on perd l'habitude de combattre, on laisse l'adversaire planter tranquillement ses réseaux et creuser son abri ; aussi, quand il faut sortir de la tranchée et attaquer, on se heurte à des défenses complètes et de vive force. Résultat : l'ennemi que l'on n'attaque pas d'avance vous tuera peut-être le jour de l'assaut. »

Ces quelques lignes montrent bien à quel point le combattant doit orienter sur l'ennemi son activité intellectuelle. Un homme d'intelligence moyenne, qui

¹ Plon-Nourrit, 1916.

se consacre tout entier à cette accumulation de détails, ne peut avoir d'autre souci. Il voit forcément, pour un temps au moins, son intellectualité s'assoupir. Cette notion est tellement évidente qu'elle est constatée par tous les combattants. « Je sens au fond de moi, écrit l'un d'eux, comme une grande lassitude, et j'ai peur de m'y accommoder trop facilement... » ou encore : « J'essaie de secouer l'envahissante inertie de mon esprit de plus en plus paresseux à examiner jusqu'au fond les êtres et les idées... » Il suffit d'avoir constaté ce fait pour le retenir : nous verrons dans la suite comment nos psychasténiques n'ont en somme que l'exagération, considérablement accrue du reste, de cette réaction.

3. La gaieté du combattant.

Toutefois, assoupissement intellectuel ne signifie pas tristesse, au moins chez les individus bien équilibrés. M. Herriot visitant une tranchée y a vu, déclare-t-il, « des hommes gais, d'une gaieté puisée aux sources les plus profondes du tempérament national, faite de confiance, d'optimisme et de volonté¹ ». Pourtant, beaucoup d'esprits bien intentionnés, journalistes et littérateurs, sont allés plus loin et se sont trompés. Certains ont même fait de nos soldats des comiques ne pensant qu'à rire, qu'à gouailler, des gavroches plus ou moins spirituels, des

¹ Cité par G. Le Bon, *Enseignements psychologiques de la guerre européenne*, Flammarion, 1916, p. 239.

pitres qu'envieraient volontiers les gens de l'arrière. Et parallèlement à ceux qui insinuaient que la vie aux tranchées est confortable et, du reste, pleine de charmes, d'autres déclaraient gravement que « ce n'est pas si difficile de faire un poilu ». C'est précisément oublier tous les efforts de confiance, d'optimisme et de volonté, signalés par M. Herriot. A l'heure actuelle, l'accoutumance a mis sur tous ces hommes son empreinte, et la tristesse n'existe pas normalement dans la tranchée. Mais la gaieté que l'on y observe a une tonalité particulière et voisine de celle que nous décrit Colette Willy : « La gaieté, ce n'est pas une agitation vaine, ce n'est pas un bavardage, ni l'appétit de tout ce qui enivre... La gaieté, c'est quelque chose de plus calme, il me semble, de plus sain et de plus grave...¹ » En définitive, c'est l'effort, réalisé par un individu physiquement et intellectuellement sain, effort qui fut réfléchi et volontaire à l'origine, mais qui devient facile à l'heure actuelle, à cause de l'habitude. Le psychasténique, du fait même que son psychisme est anormal, ne peut réaliser pleinement cet effort. Aussi est-il le plus souvent triste, mais parfois aussi, par accès, d'une gaieté désordonnée que nous étudierons en détail.

4 Le dédain de « l'arrière » et la jalousie.

La gaieté du combattant étant un effort voulu, un désir de se trouver toujours à la hauteur de l'occasion,

¹ *La Vagabonde.*

quelle qu'elle soit, a parfois amené des excès, je veux parler du dédain de l'arrière et la jalousie.

La littérature journalistique du front est pleine d'allusions au mépris hautain pour le « civil », ce bavard qui parle, avec une compétence discutable, de tout et de tous. Kipling, qui a observé nos soldats d'une façon fort judicieuse, l'a bien noté au cours d'une de ses visites. « A ce qu'il me parut, les hommes regardaient avec un dédain assez justifié ce civil qui venait fourrer son nez chez eux pendant quelques minutes émotives, dans le but de faire de la copie avec leur sang ¹. »

Ce dédain n'est du reste qu'une tendance à la jalousie qui est si naturelle et si commune. La trop célèbre question des « embusqués » a fait l'objet de bien des plaintes. Il n'est pas toujours facile, en effet, de bien pénétrer des esprits aussi fervents de justice que les nôtres des inégalités nécessaires, certaines du moins. Et puis, comme le constate un capitaine lui-même en parlant de ses soldats : « Ils grognent souvent, ils grognent toujours. Les Français sont ainsi : ils donnent leur vie, mais ils « rouspètent »... Cela n'a, du reste, pas l'ombre d'importance, car sonne l'heure de l'action et c'est chez tous le même élan, la même volonté émouvante de donner le maximum... ² »

Mépris hautain, dédain tranquille, jalousie exprimée dérivent en somme de l'effort volontaire consenti par les combattants et de la conscience qu'ils ont de cet

¹ *Op. cit.* p. 89.

² Notes d'un capitaine, *l'Illustration*, 12 août 1916.

effort. Or, ce qui perce de la sorte chez ces individus bien équilibrés, acquiert une plus grande importance chez les psychasténiques. Ceux-ci, en effet, s'analysent à chaque instant, comparent leur situation à celle de leur entourage : aussi peut-on voir, chez eux, les idées de jalousie, ou même de persécution, emprunter au milieu leurs couleurs spéciales.

5. Diminution des réactions émotives.

Chez l'individu normal, les phases de mécontentement cessent vite, car la perpétuelle tension de la guerre a rapidement amené une diminution des réactions émotives, parallèle à la diminution du tonus intellectuel signalé plus haut. Il suffit en somme pour créer l'endurance caractéristique que les mêmes causes se reproduisent un certain nombre de fois, et ici nous retrouvons le rôle de l'habitude. Le tableau saisissant que nous donne le sous-lieutenant D..., dans ses *Souvenirs de Douaumont-Vaux*¹, nous montre bien la genèse de cette endurance : « Que n'a-t-on dit du soldat français ? on n'a célébré sa fougue irrésistible que pour abaisser sa tenacité... Sous un tel déluge, on devrait être mort ou fou, en tout cas incapable de se ressaisir. Il en est bien autrement. Le soldat ne dit pas emphatiquement entre deux rafales : « Ils ne passeront pas. Nous sommes là ! » Il craindrait d'emprunter les propos de gazettes. — Non, mais il secoue la poussière et le sang de ses vête-

¹ *L'Illustration*, 24 juin 1916.

ments, se soulève lentement, tandis que, de ses épaules, tombent en cascade les cailloux brisés et la terre qui a plu sur lui : ses yeux s'ouvrent, ses pauvres lèvres séchées et pelées par la soif sifflotent doucement et, sans se presser, il prend trois ou quatre paquets de cartouches, les desserre avec soin et minutieusement fait jouer la culasse de son fusil. Puis, un coup d'œil rapide au-dessus de la tranchée : Fritz peut revenir... »

En définitive, au milieu des mille causes susceptibles de l'émouvoir, le combattant est calme. Ses réactions diminuent en durée et en intensité ; il est capable de reprendre le dessus, de se ressaisir rapidement, de fixer en quelque sorte l'automatisme réflexe. Mais ces résultats sont la conséquence de la tenue normale de la volonté et de l'habitude, nous l'avons dit. Or, cette volonté étant désordonnée chez le psychasténique, ses actes n'ayant ni la coordination ni la succession régulière qui créent l'habitude, notre malade ne peut acquérir la ténacité nécessaire au combattant : ses réactions émotives sont désordonnées et ce déséquilibre retentit sur tout son être.

6. La peur et le courage.

Une étude sur les réactions du combattant ne peut passer sous silence les manifestations de la peur : il importe de les définir brièvement.

Maupassant, dans un de ses contes, a développé cette thèse : « On n'a vraiment peur que de ce qu'on

ne comprend pas¹. » Sous cette forme, l'idée est assez voisine de celle de Freud, qui considère la peur comme l'attente du malheur et, en particulier, comme l'attente, lointaine et indéterminée il est vrai, de la mort.

En réalité, il n'est pas nécessaire que le danger soit immatériel, pour ainsi dire, pour que la peur existe et donne lieu à des manifestations extérieures. Evidemment, l'inadaptation douloureuse du sujet est à son comble, lorsqu'il ignore la nature du danger, le moment où il se présentera, sa forme, etc. Mais la peur que l'on pourrait qualifier de normale existe même en face du danger compris et connu. Elle est la déduction logique d'un esprit qui sent les dangers augmenter autour de lui et les moyens de défense parfaitement insuffisants : elle n'est au fond qu'une des formes de la lutte pour la vie, un des signes de l'instinct de la conservation individuelle.

Cette opinion est admise du reste par de bons esprits : « Qui peut dire qu'il n'a pas eu peur dans le combat », nous dit le colonel Ardant du Picq². Anatole France fait la même constatation lorsqu'il écrit : « Les hommes se déterminent par leur sentiment le plus fort. Chez les soldats, comme dans toutes les foules, le sentiment le plus fort est la peur³. »

Le capitaine Laffargue⁴ a précisé jusqu'aux mi-

¹ Voir Hollier, *la Peur dans l'œuvre de Maupassant*, th. de Lyon, 1912

² Ardant du Picq, *Etudes sur le combat*, p. 106.

³ A. France, *le Mannequin d'osier*, p. 8.

⁴ *Op. cit.*

nimes détails les limites de la peur et de la volonté. L'on ne saurait mieux faire que de résumer ses observations.

« Les défaillances guettent le soldat à chaque pas sur le champ de bataille : il doit bien les connaître pour leur résister et ramener sur le droit chemin le camarade qui s'abandonnerait aux tentations de la peur.

« On n'est pas un peureux ou un lâche parce qu'on a peur et qu'on est mal disposé : il ne faut pas alors se décourager et ne plus avoir confiance en soi.

« Le danger impressionne toujours vivement : on ne s'habitue guère aux balles et aux obus, c'est trop contraire à la nature humaine. Mais, à mesure que l'on s'aguerrit, si l'on apprend à connaître davantage le danger, on s'affole moins parce qu'on sait quand on doit le craindre et quand on peut dormir tranquille.

« Parfois on est mal disposé : le corps souffre et l'esprit est malade. On se trouve, par exemple, sous l'impression de bombardements ou de combats violents, on est immobile dans la boue et le froid, les heures s'écoulent lentement, la guerre est longue, on pense à l'inconnu du lendemain. Il vient alors de mauvaises idées : c'est le cafard.

« Celui qui a le cafard n'est pas un lâche : il le devient, s'il s'abandonne, s'il pleurniche continuellement sur ses misères et cherche désormais un moyen de quitter son poste. Il est un brave, s'il dit : Je ne vaudrais pas cher ces temps derniers, mais tout cela passera : travaillons ou dormons. »

Et l'auteur distingue le peureux éventuel du lâche

qui quitte sa place de combat sans motif et de la canaille « composée de quelques individus qui ont l'idée bien arrêtée de ne pas accomplir leur devoir ou de commettre une mauvaise action ».

En définitive, si la peur est un sentiment normal, l'homme bien équilibré peut réagir contre elle, et, dans certaines circonstances, il est capable de sacrifier volontairement ce bien précieux qu'est sa vie. Il le fait notamment, lorsqu'il obéit à une impulsion supérieure particulièrement puissante, comme l'est le patriotisme. Ainsi naissent des qualités ou des vertus comme celles que l'on a trop souvent confondues sous le nom de bravoure, de courage et d'intrépidité.

La bravoure est la qualité essentielle du soldat¹. L'homme brave ne tient compte d'aucun danger, le nombre de ses adversaires ne l'effraie pas, aucun obstacle ne l'arrête s'il a juré de marcher en avant.

Le courage est plus raisonné que la bravoure : c'est une qualité qui n'est plus essentiellement guerrière et qui trouve son application dans tous les événements de la vie. Il donne non seulement la force qui fait braver les dangers, mais encore l'énergie qui fait supporter la souffrance. On peut être brave sans posséder un courage à toute épreuve, on peut être courageux et manquer parfois de bravoure.

L'intrépidité représente à la fois la bravoure et le courage au plus haut point. L'homme brave court au devant du danger sans se laisser effrayer par lui : l'intrépide devient d'autant plus courageux et plus brave

¹ Gén. Thoumas, *les Vertus guerrières*, Berger-Levrault, 1892.

que les dangers se multiplient et deviennent plus pressants.

Dans la guerre de tranchées, l'intrépidité n'a pas toujours l'occasion de se manifester. D'autre part, la bravoure est variable avec les individus : certains ont l'inconscience du danger et étonnent leur entourage, d'autres ne peuvent le faire. Du reste, cette qualité comme la précédente, n'a pas, à tout instant de la guerre, son application.

Au contraire, le courage est voulu, raisonné : bien plus, — et ce n'est pas la moindre caractéristique de la guerre actuelle, — il est devenu raisonnable.

Il ne s'agit plus, pour le combattant, de se faire tuer bravement et de disparaître : il faut vivre et vaincre. Au début, nos soldats et nos chefs se lançaient follement, à découvert, sur des objectifs éloignés et meurtriers : dans la tranchée, ils se montraient inutilement. L'éducation, basée sur l'expérience acquise, est faite à l'heure actuelle : point de parades inutiles, pas d'attaques irraisonnées, pas de gestes irréfléchis !

Seul, le courage du chef est un peu différent de celui du soldat et pour des raisons particulières : c'est « qu'il faut donner aux soldats, dit le capitaine X...¹, le sentiment que, si indifférents qu'ils soient au danger, l'indifférence du chef passe la leur... En d'autres termes, il est bon et salulaire de faire sentir à ceux qu'on commande que, quel que soit le péril, on le partage, même sans y être tenu. Ainsi se noue la solidarité profonde de la troupe et du chef,

¹ Nos cadres, *l'Illustration*, 12 août 1916.

cette solidarité qui est la force essentielle de notre armée... Ne l'oublions pas : même en période d'attaque, les vertus du caractère priment celles de la technique... »

En somme, pour réagir à cette peur, à cette défaillance qui guette le soldat à chaque pas, il faut fournir un effort de volonté constant. A la longue, cet effort a été facilité par le rôle de l'habitude. Il suffit pour cela que les mêmes causes se reproduisent quotidiennement : bien que la notion du danger s'oppose assez nettement à notre nature, l'homme qui a su résister au début résiste plus facilement dans la suite. Du courage discontinu il passe au courage continu.

Seul, l'anormal psychique, en particulier le psychasténique, n'est pas capable de fournir l'effort initial. De plus, en face des mêmes faits, ses réactions ne sont pas toujours les mêmes. Ces attitudes divergentes, inattendues, anormales attireront l'attention sur lui.

Au reste, les déformations des autres réactions énumérées plus haut aideront à compléter le tableau clinique. En présence des hommes atteints de l'affection dont l'étude est entreprise ci-dessous, on remarquera d'abord les signes physiques qu'ils accusent mais surtout leurs déformations mentales. Les quelques notions acquises actuellement sur le psychisme des combattants normaux permettent de considérer dès à présent la symptomatologie de l'affection, telle qu'elle découle de l'analyse des cas observés.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Les quelques observations qui suivent sont celles de malades qui furent suivis par nous, au moins pendant quelque temps. Elles ont été résumées ici, mais dans le cours des chapitres suivants, nous citerons parfois des particularités se rattachant à l'un ou à l'autre de nos malades.

OBSERVATION I. — A..., sous-lieutenant, vingt-sept ans, avait déjà eu une « crise » avant la guerre. Il était en cours d'études qui devaient se terminer quelques mois plus tard, quand il se plaignit de fatigue intellectuelle tenace. Le moindre travail cérébral amenait une céphalée trouble, mais persistante, une fatigue intense avec, parfois même, tendance aux vertiges. Ayant pris l'habitude de s'auto-analyser, il se plaint amèrement de cette situation à des amis. Son état empire : le sommeil est rare, ne vient que tardivement, est entrecoupé de cauchemars. Il cherche à étudier ses malaises, multiplie les explications philosophiques, les commentaires. Le sommeil devient

de plus en plus rare, de plus en plus pénible. Il se décide alors à consulter un spécialiste qui lui conseille le repos prolongé. Au bout de quelques mois, très amélioré, il reprend ses études.

Deux mois après, dès la mobilisation, il part plein d'allant et d'entrain, avec son unité et fait courageusement son devoir durant la dure période de la guerre de mouvement. Puis, en décembre 1914, les symptômes réapparaissent. Malgré la rude vie qui est sienne, il ne peut plus dormir, même au repos. Le moindre bruit le réveille, le laissant tourmenté, méditatif, durant des heures entières. Il fait des rêves incohérents qui le trouvent en interrogation douloureuse le matin. La céphalée ne cesse plus.

Puis il accuse des palpitations, surtout nocturnes, avec sensation d'angoisse au moment du réveil. Il perd l'appétit, maigrit et se plaint de lassitude marquée.

Mais, c'est autour de son psychisme que rayonnent toutes ses pensées. Il a perdu le calme et l'endurance qui faisaient de lui un chef. Il a des gâtés sans motif, mais presque toujours les idées tristes dominent. Il s'ennuie profondément et, comme il aime à discuter, cherche à motiver sa tristesse. Elle s'explique, à son avis, par la forme nouvelle qu'a pris la guerre, la lenteur des opérations, etc. A la vérité, il envie et jalouse les plus heureux, ceux qui ont gagné des récompenses ou ceux qui ont des postes éloignés de tout danger. De là, il passe à l'idée de persécution, tout le monde lui en veut, on en veut à son unité, à son corps.

Son entourage est frappé de ses réactions émotionnelles : il est atteint d'une peur irréfléchie, extraordinaire qui le fait aller parfois, involontairement, à des endroits dangereux, mais le fait trembler sans raison, au moindre bruit, au coup de fusil tiré à quelque distance en une minute de calme.

Il lui vient parfois un désir irrésistible d'aller à des endroits particulièrement dangereux, ou encore de se montrer par-dessus le parapet de la tranchée. Il en a conscience et signale le fait à son entourage en disant : « J'ai beau essayer de résister, je ne puis... »

Ces derniers symptômes attirent l'attention et étonnent de la part d'un homme qui a fait ses preuves. Quelques jours après, sur les conseils d'un médecin, il est proposé pour une mission qui l'éloigne momentanément du milieu et du danger. Cette désignation a été facilitée du reste par les symptômes de défaillance physique qu'éprouvait le malade : inappétence, lenteur des digestions, selles irrégulières, foie légèrement hypertrophié et douloureux à la pression.

Il a été suivi et observé, est revenu à son régiment quelques semaines plus tard, avec une allure normale. Depuis, il fait son service à la satisfaction générale.

Obs. II. — B..., capitaine, quarante-sept ans. A fait de nombreuses campagnes coloniales au cours desquelles il a contracté dysenterie et paludisme. Il en a conservé un intestin sensible, et a besoin d'une alimentation spéciale : de temps en temps, il a des rechutes de paludisme. Néanmoins, son état lui a permis de faire campagne durant plus de huit mois

sans interruption et parfois dans des conditions très pénibles.

Puis, à la longue, il maigrit et change d'humeur. Il en arrive à éprouver une grande répugnance pour certains aliments, en particulier la viande et le riz. Il confie ces troubles à un médecin qui le prend d'abord pour un neurasthénique à forme gastrique et institue un traitement en conséquence.

Pourtant, l'attention est surtout attirée sur les signes psychiques. Ce qui le tourmente le plus douloureusement, c'est de ne pouvoir fixer son attention. Il accuse un affaiblissement intellectuel considérable, avec une perte de la mémoire telle qu'il ne peut plus donner un ordre détaillé sans être guidé. Il se plaint également de maux de tête tenaces, mais sans localisation exacte et sans douleur vraie. Il ne se sent plus le même que jadis, il lui semble qu'il n'a plus toutes ses facultés, qu'il est diminué, que sa personnalité disparaît ou plutôt se modifie. Il a des craintes involontaires, irrésistibles. Certaines idées l'envahissent tout entier, l'obligeant à quitter par exemple son poste de commandement pour aller en un endroit précis où rien ne semble légitimer sa présence.

Son émotivité est anormale : parfois certaines réflexions, certaines paroles futiles, prononcées au cours d'une conversation banale, l'irritent ou le bouleversent. Il a peur d'avoir peur et, comme il n'a plus le tonus physiologique, il étonne douloureusement son entourage. Enfin il ne peut plus dormir. Il essaie de se fatiguer la journée, se couche tard, réduit sa consommation quotidienne de tabac, mais sans résul-

tat. Les nuits sont pénibles, entrecoupées de rêves incohérents et de cauchemars qui le laissent plus fatigué au réveil. Cet état est à son maximum après une période de combat particulièrement pénible. B... est évacué.

OBS. III. — C..., étudiant en médecine, vingt-trois ans, infirmier d'une formation sanitaire. A fait campagne durant de longs mois, acceptant avec entrain les fatigues de son service. A la suite d'ennuis et de chagrins de famille, il devient morne et taciturne. Il se plaint de perdre l'appétit et le sommeil. De sa propre initiative, il essaie tous les médicaments qui lui tombent sous la main et qui sont susceptibles, à son avis, de supprimer la ou les causes de sa maladie. La céphalée pourtant persiste, le sommeil obtenu, grâce à divers stupéfiants, est lourd, pénible, irrégulier. Les rêves incohérents, où passent, rarement du reste, des images empruntées à la guerre, persistent. Il devient jaloux du bonheur de certains de ses camarades et, par réaction, fait la vie rude à son entourage, infirmiers ou malades.

Son affectivité disparaît : il devient le type de l'égoïste. Les moindres émotions s'accompagnent de réactions pathologiques : peur malade par exemple.

A la suite de règlements nouveaux, il devient médecin auxiliaire, passe quelque temps dans une formation plus calme où il redevient ce qu'il était jadis.

Il est passé ultérieurement dans un régiment d'infanterie, débarrassé de son cortège pathologique,

même des phobies et des quelques obsessions qu'il avait signalées à certains moments. Il a donné toute satisfaction à ses chefs et mérité la Croix de guerre.

OBS. IV. — D..., soldat réserviste au 1^{er} régiment d'infanterie. Exerçait, avant la guerre, la profession d'employé de commerce. Semble posséder une assez forte instruction et avoir eu une assez grande activité intellectuelle. S'est adapté facilement à sa nouvelle vie et a donné toute satisfaction à ses chefs. Il vient une première fois à la visite, se plaint de manquer d'appétit et décrit minutieusement les symptômes qu'il éprouve. Il ne mange presque plus, de peur d'augmenter ses malaises. Il maigrit et se plaint de l'insuccès de toutes les thérapeutiques tentées. En somme, ce tableau est sensiblement celui d'une forme gastro-intestinale de neurasthénie.

Un mois après, il revient à la visite et annonce un luxe de symptômes que l'auto-analyse a singulièrement amplifiés. A la suite d'une période de tranchées particulièrement terrible et épuisante, alors qu'il était très fatigué, il n'a pu avoir que quelques heures de sommeil. « Et quel sommeil, dit-il ! Une nuit, je fus réveillé en sursaut, poussant des cris, et je vis toute une série de camarades chargeant à la baïonnette sur moi. » Depuis ce jour, il a une crainte involontaire du soir, il n'ose aller se coucher à son cantonnement. Il a l'idée, plus forte que lui, de mettre baïonnette au canon et de se coucher de là sorte, avec son fusil à côté de lui.

Conservé dans de bonnes conditions, grâce à des

circonstances particulièrement favorables, désintoxiqué, soigné, il s'améliore. Mais il continue à accuser de la céphalée, un sommeil difficile ; il réagit toujours pathologiquement aux moindres causes d'émotion : il continue à s'analyser. Son affaiblissement intellectuel, qu'il déclare notable, le désole : « Il me semble, dit-il, que je ne suis plus exactement le même... J'ai peur de ne plus être à la hauteur de mes camarades... Je ne pourrai plus faire ce que j'ai fait... »

Cependant, grâce aux soins et aux conseils du médecin et de ses chefs, grâce à une période de calme assez longue dans la vie du régiment, il a pu, au bout de quelque temps, reprendre le cours normal de sa vie sans incident jusqu'à ce jour.

OBS. V. — E..., soldat au ^e d'infanterie, trente ans. A fait pendant dix-huit mois son service d'une façon très satisfaisante, assistant à toutes les attaques, résistant à tout. Puis, dans son entourage, on remarque, à la longue, des faiblesses, des oublis. Interrogé, il répond qu'il devient tout autre, qu'il n'a pas toujours l'impression de ce qu'il fait, de l'endroit où il se trouve. Mais personne ne songe à approfondir ces détails.

Brusquement, un jour que sa compagnie monte aux tranchées dans un secteur agité, il reste à l'arrière. Rencontré quelques heures après, il est interrogé et finalement m'est amené. « Je ne sais pas au juste ce qui s'est passé, je n'ai pas ma tête à moi. » Depuis plusieurs nuits, raconte-t-il, il ne dormait plus, il avait des cauchemars et voyait toujours devant lui le

cadavre d'un officier, mort quelques jours avant, qu'il connaissait et qu'il avait vu enterrer.

Il n'invoque pas la peur, n'essaie même pas d'expliquer des choses qu'il juge incompréhensibles d'avantage encore pour les autres que pour lui. Il n'a pas la force de chercher des raisons mensongères qui, à ses yeux, seraient nécessaires pour expliquer sa maladie; et, d'autre part, il estime que parler à des militaires de troubles aussi vagues est risquer de se faire passer pour simulateur.

Aussi bien est-il en proie à une tristesse profonde et incapable de penser à quoi que ce soit. Et il en vient à ignorer son entourage, ne se souciant à aucun point de vue de ses camarades, se comportant comme un parfait égoïste.

Je l'interroge en détail et j'essaie de gagner sa confiance.

Il a maintenant la phobie des cadavres et se sent décidé, inéluctablement, à tout pour éviter d'en voir.

Il explique son inertie par la crainte qu'il a de ne plus pouvoir faire comme les camarades. Il a peur de ne pouvoir rester à sa place, de ne pouvoir prendre la faction dans la tranchée : il a peur de gêner ses camarades, de leur nuire.

L'acte qu'il a commis en restant en arrière pouvait entraîner des conséquences militaires sérieuses. Grâce à la bienveillance de ses chefs, grâce à son passé, il a évité toute punition. Mis en observation, puis au repos, il a repris sa place assez rapidement.

Je l'ai revu dans la suite; l'ordre semble s'être rétabli progressivement : fait qui est dû à l'absence de

cause émotionnelle durant quelques semaines. Malgré cette amélioration, sa valeur mentale et militaire est diminuée et il est surveillé par son entourage.

OBS. VI. — F..., officier de réserve, trente-sept ans, industriel, menant une vie extrêmement animée avant la guerre.

A fait dans un régiment une très longue période ininterrompue au cours de laquelle il n'a eu qu'une légère blessure, qui ne nécessita pas l'évacuation.

Se plaint, au bout d'un certain temps, d'un affaiblissement intellectuel extraordinaire et contre lequel il ne peut, affirme-t-il, lutter. Il lui est impossible de fixer son attention sur un sujet quelconque, il a complètement perdu la mémoire et « ne se reconnaît plus ».

Il accuse du reste une grande fatigue et ne peut dormir ; ses rêves sont animés, mais incohérents. Lui, l'homme calme et pondéré, réagit aux émotions d'une façon anormale. On le voit, aux heures graves, parfaitement atone, incapable du moindre effort intellectuel et même physique ; par contre, une contrariété insignifiante le met hors de lui.

Son affectivité a diminué : il est devenu très égoïste et le reconnaît lui-même. Il est foncièrement triste et passe des heures entières, inerte, sans pensée apparente ; en réalité, il songe à son sort, à ses fatigues, à ses malheurs, etc., et de ces périodes, il sort particulièrement mécontent.

Par-dessus tout, il estime qu'il n'est pas à sa place, que depuis longtemps il devrait avoir certaine affecta-

tion plus calme, moins dangereuse et qui, dit-il, l'intéresserait davantage. L'idée de partir à tout prix le hante et il regrette presque que son état de santé ne suffise pas à motiver son évacuation.

Blessé quelque temps après, il a quitté le milieu qui favorisait ses états psychopathiques et s'est sensiblement amélioré.

OBS. VII. — G..., capitaine, quarante-cinq ans. A contracté le paludisme au cours de ses nombreux séjours aux colonies.

Maigrit, perd l'appétit et surtout le sommeil au bout de quelque temps. Il confie alors qu'il ne s'intéresse plus à rien, parce qu'il a baissé au point de vue intellectuel, parce qu'il se sent « diminué ». Il a même l'impression qu'il ne sait plus exactement ce qui se passe autour de lui.

Son émotivité n'est plus la même : il devient « nerveux, bizarre », au dire de son entourage, au point que ni ses subordonnés, ni ses supérieurs ne savent comment se comporter avec lui.

Il n'ose tout d'abord se confier à un médecin, car « ses troubles ne sont pas réels » et ces périodes d'obsession — il les définit et les décrit fort justement lui-même — disparaissent parfois aussi brusquement qu'elles ont apparu.

Pourtant, il s'est confié à la longue et, à la suite d'une période particulièrement déprimante, il est évacué à l'arrière, malgré l'absence de signes somatiques nets.

OBS. VIII. — H..., lieutenant, quarante-trois ans.

A présent il y a quelques années une série de troubles intestinaux qui ont été rattachés à l'entérite et dont il déclare du reste n'avoir guéri que d'une façon très imparfaite.

Il a pu cependant faire sans inconvénients de longs mois de campagne et passer par toutes les épreuves de son régiment. Progressivement, il s'aperçoit d'une extrême lassitude et d'un amaigrissement qu'il explique par son mauvais état intestinal.

Mais il est surtout impressionné par une insomnie d'un caractère particulier : quelques instants de sommeil calme, au bout desquels il se réveille, à demi-conscient, parlant et gesticulant. Il explique de cette façon la diminution de sa valeur intellectuelle qu'il déclare très nette et qu'il analyse douloureusement : « Je ne suis plus capable de travail, de réflexion... Je ne puis même plus écrire une lettre... Où sont mes belles heures de travail de jadis?... »

Il devient d'une excitabilité exagérée et le reconnaît lui-même. Le moindre souci, la moindre réflexion désobligeante et le voilà tourmenté durant des heures sans raison. De plus, il a la phobie du bruit inattendu, avec une tendance irrésistible à chercher tous les moyens pour l'éviter : aux tranchées, les départs et les éclatements d'obus amènent des réactions intenses et brusques. Le moindre coup de fusil l'affole.

Enfin, il a la tête lourde, continuellement lourde, sans exacerbation particulière et aussi sans localisation possible. Comme le précédent malade, l'idée d'évacuation le tourmente : il la désire, mais en même temps il la craint, comprenant bien, dit-il, que cette

mesure serait disproportionnée avec les troubles qu'il présente.

Obs. IX. — I..., trente-sept ans, officier de réserve, journaliste. Venu sur le front en avril 1915, a mené la même vie que ses pairs durant de longs mois.

Tout d'un coup, il subit une crise de dépression pénible. Il a complètement, dit-il, perdu le sommeil. Pourtant, à l'interroger plus à fond, on apprend qu'il s'endort plusieurs fois dans la nuit, se réveillant brusquement peu après. Il rêve des choses sans suite, qui l'agitent énormément. Interrogé plus en détail, il accuse une céphalée continue, mais peu intense et qui ne lui semble pas très pénible. La modification de sa valeur intellectuelle lui est plus douloureuse : il parle de cette torpeur extraordinaire où se noient toutes ses facultés : mémoire, attention, etc..., d'où il résulte que le moindre effort lui est difficile. Son esprit est complètement obscurci, il n'est plus le même, assure-t-il, il a l'impression que sa personnalité est diminuée, et « comme désorganisée ».

On cherche d'abord une cause physique à ces troubles. Il se plaint du reste d'une extrême lassitude. Il a perdu l'appétit, il n'a plus de forces. De plus, il accuse une grande lenteur de digestion et attribue ce symptôme à un mauvais état hépatique antérieur : il a eu en effet plusieurs crises de coliques vésiculaires il y a quelques années.

Brusquement, à la suite d'une série d'actions militaires mouvementées, il change d'un façon notable. La surexcitation est telle qu'il ne peut tenir en place ;

il ne dort plus, et si, par hasard, au cours de la nuit, il s'assoupit, c'est pour se réveiller bientôt au milieu de rêves et d'hallucinations qui le troublent. Dressé sur sa paille, au cantonnement de repos, il crie : « Halte-là !... » « Qui va là ? », cherche dans l'ombre des formes qu'il croit reconnaître et ne reprend connaissance qu'au bout de quelque temps.

A la faveur de conseils médicaux et d'un repos assez prolongé, il s'améliore et peut reprendre son service. Il éprouve une joie intense à ne plus voir survenir certaines obsessions, il retrouve son affectivité, l'amour qu'il a pour sa femme et ses enfants. Son émotivité redevient normale. Il ne frémit plus aux moindres actes, aux moindres paroles : il n'a plus la tristesse amère et désenchantée qui semblait faire de lui un pessimiste. Sur des conseils éclairés, il suit un traitement reconstituant au point de vue physique, en même temps qu'il est étroitement surveillé au point de vue mental. Il se déclare amélioré au bout de quelque temps et capable de reprendre son service.

Ainsi présentées, les quelques observations qui précèdent vont nous permettre maintenant de définir et d'étudier, avec quelques détails, l'état mental et les symptômes. Nous commencerons par l'étude de ceux-ci, en particulier de ceux qui sont les plus apparents, qui attirent l'attention, révèlent au médecin qu'il s'agit là d'une maladie psychique, et nous réserverons l'étude de l'état mental et de sa genèse au chapitre suivant.

CHAPITRE III

SYMPTOMES RÉVÉLATEURS

L'étude des observations détaillées qui occupent le chapitre précédent permet de grouper un ensemble de symptômes fondamentaux. D'une façon générale, le malade « n'ose pas » attirer l'attention sur certains, particulièrement du côté de l'état mental. D'autres, au contraire, et particulièrement les signes somatiques, peuvent être qualifiés de révélateurs : ils sont faciles à remarquer pour celui qui les éprouve, et, de plus, ils lui semblent plus réels. C'est donc par eux qu'il convient de commencer.

I. Signes physiques.

1. La *céphalée* tient la première place dans les préoccupations du sujet et semble parfois dominer la scène.

Le malade accuse une sensation de pesanteur vague et diffuse, uniformément étendue à tout le crâne.

Il n'y a pas, à proprement parler, d'algie céphalique, c'est-à-dire de céphalalgie, pas de douleurs

vraies, pas de battements, pas de lancinements. Le symptôme est, dans la règle, signalé par des périphrases : « J'ai la tête lourde... » « La tête me pèse et pourtant il me semble que j'ai le cerveau vide... » Il n'y a pas non plus de localisation ni de propagation : c'est un malaise généralisé dans toute la tête, « indéfinissable », nous dit un malade.

Et pourtant, c'est une source d'inquiétude des psychasténiques : ils cherchent, pour l'expliquer, une prolixité, une richesse d'expressions toujours renouvelées. Aussi bien, par sa persistance même, la céphalée fatigue et obsède le malade, contribuant ainsi, pour une part importante, à la constitution de la fatigue psychique.

Elle est généralement diurne, mais en tout cas jamais exclusivement nocturne. Toutefois, elle apparaît dès le réveil avec une régularité vraiment désespérante.

2. Aussi, ce symptôme est-il généralement attribué à l'*insomnie*, qui différencie nettement les psychasténiques de leur entourage et leur est, par là même, et aussi en raison des circonstances, très pénible.

Pour le combattant en général, le sommeil est entrecoupé d'alertes, de gardes, etc., mais dans l'ensemble, les occasions de dormir ne manquent pas. Le soldat peut le faire, en raison de la confiance qu'il accorde à ceux qui veillent, en raison de l'accoutumance au danger, en raison aussi des fatigues physiques et de l'effort qu'il fournit. Aussi, en dehors des moments particulièrement troublés, n'est-il pas rare de voir dormir, à quelques centaines de mètres de

l'ennemi, d'un sommeil calme et reposant, ceux, soldats et chefs, que leur devoir n'appelle pas à un tour de service.

Le psychasténique a beau se fatiguer, prolonger les veillées, retarder, autant que possible, le moment de se coucher, il n'arrive pas à s'endormir. Si d'aventure le sommeil a réussi à l'envahir, au bout de peu de temps il se réveille en sursaut, divaguant, tenant des propos incohérents, ne sachant ni où il est, ni ce qu'il fait.

Il reprend conscience peu à peu, mais parfois quelques illusions persistent, voire même des hallucinations, très nettes chez D... et chez E..., et dont nous verrons ultérieurement la nature et la genèse. Il ne peut plus s'endormir : une explosion, même lointaine, un bruit de pas dans un boyau voisin, un rat qui court sur la paille de sa couchette le tiennent éveillé, avec, dans quelques cas, des palpitations, et même, parfois, une impression d'angoisse, du reste fugitive. Il demeure dans une demi-torpeur : un travail cérébral, à peine conscient, mais très pénible, se fait, constitué par une succession d'images confuses et de souvenirs mal associés. Le malade attend en vain, durant des heures, un assoupissement qui ne vient pas ; il essaie de réciter des litanies monotones, qui n'auront d'autre effet que de le tenir éveillé. Ainsi passent tous les instants et, le matin arrivé, ou la période de repos terminée, le malade se retrouve fatigué, incapable d'un gros travail physique et, à plus forte raison, d'un effort intellectuel.

Il semble difficile d'expliquer cette insomnie, puis-

qu'elle n'est pas en relation avec la fatigue. Même lorsqu'il a fait des efforts physiques avant de se coucher, le psychasténique ne retrouve pas le sommeil. Il convient pourtant de constater que, dans certains cas, il y a des périodes de rémission, et alors les recrudescences s'observent à l'occasion d'émotions ou de fatigues.

3. Dans des conditions de vie comme celles que nous venons d'envisager, *le fonctionnement du tube digestif* ne peut être satisfaisant. Aussi peut-on rencontrer toute la série des troubles gastro-intestinaux.

La langue est saburrale, l'appétit considérablement diminué. A l'heure des repas, le psychasténique trouve mille prétextes pour expliquer son inappétence : alimentation peu variée, préparée dans des conditions parfois difficiles, quelquefois prise froide ou tiède, à des heures variables, etc.

La digestion est lente et pénible, probablement par diminution de la sécrétion psychique (Pawlow). Au sortir du repas, l'estomac est lourd, ballonné. Le malade a une impression de réplétion générale et de torpeur. Puis, après quelques heures de malaise dû à cette digestion laborieuse, le besoin d'aliments se fait de nouveau sentir : il est l'heure de procéder à un nouveau repas. Bref, le supplice ne cesse pas.

Les nausées s'observent même dans quelques cas, sans jamais aller au vomissement. Enfin les selles sont fréquemment rares et dures, et il convient de noter une tendance assez générale à la constipation.

Quelle que soit l'importance attachée par nos malades à leur système digestif, il faut pourtant éviter

d'attribuer aux troubles gastro-intestinaux toute la pathogénie de l'affection. Il faut procéder à un examen méthodique et complet.

4. C'est ainsi que l'on pourra rencontrer parfois des *troubles de l'appareil circulatoire*.

De fait, il est d'observation banale que les émotions de guerre ont une action sur le rythme cardiaque. Binet a étudié la question en détail récemment¹, et remarque que « l'émotion des combats a une répercussion indéniable sur la fréquence des pulsations cardiaques. Il est certains cas, ajoute-t-il, où cette répercussion se prolonge, amenant des troubles éloignés dans le rythme du cœur. »

Or, si les centres nerveux régulateurs du fonctionnement cardio-vasculaire sont influençables chez des individus normaux, à plus forte raison le sont-ils chez des affaiblis psychiques. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner lorsque nos malades nous signalent une gêne précordiale, des palpitations, ou une tachycardie se déclanchant à la moindre émotion. Ces signes ne manquent pas de frapper beaucoup ceux qui les éprouvent. Cependant, ils sont généralement bénins et ne sont, en somme, que le retentissement du déséquilibre général de l'organisme. Nous n'avons jamais observé de paroxysmes, ni de fausse angine de poitrine.

La tension artérielle nous a semblé, dans quelques cas, légèrement inférieure à la moyenne. Mais elle

¹ Binet, le Rythme cardiaque chez le combattant (*Pr. Méd.*, 10 août 1916).

s'élève, en règle générale, un peu à la suite des repas.

5. Les *troubles pulmonaires* sont encore moins accentués que les précédents. Dans un cas seulement, chez A..., nous avons observé quelques crises d'étouffement auxquelles le malade lui-même n'attachait aucune importance.

6. La même rareté s'observe en ce qui concerne l'*appareil urinaire*. Il y a de la pollakiurie, comme chez les nerveux. Mais les urines sont claires, limpides. Leur taux en urée et en phosphates est normal : il n'existe ni sucre, ni albumine.

7. Les *fonctions génitales* elles-mêmes retiennent peu l'attention. Un seul de nos malades, C..., nous a signalé des pertes séminales assez fréquentes et qui le tourmentaient. Dans la règle, nos psychasténiques avaient plutôt de l'hyperexcitabilité sexuelle : ils l'attribuaient à la chasteté que le genre de vie leur imposait. Aucun ne nous a signalé d'érection nocturne particulièrement tenace.

Sans insister outre mesure, sur cette particularité, à cause du petit nombre d'observations, notons au passage cette rareté des troubles génitaux, car nous les avons vu dominer la scène, même à la guerre, chez les neurasthéniques.

8. Les *troubles purement nerveux et sensoriels* sont rares. Il n'y a pas de rachialgie, comme chez les neurasthéniques. L'excitabilité nerveuse se manifeste surtout, comme nous le verrons, dans l'atteinte des opérations psychiques. Les troubles oculaires sont subjectifs, consistant, dans quelques cas, en battements

des paupières. Enfin l'audition est normale : les tintements, les bourdonnements qui sont parfois signalés ne sont pas symptomatiques de lésions auditives. Les examens, faits par des spécialistes, restent négatifs.

9. L'ensemble de ces symptômes amène un *état général* assez médiocre. L'amaigrissement est la règle et souvent même l'on observe une teinte subictérique qui se rattache au passé hépatique souvent signalé par les malades. Certains accusent même des éblouissements avec pâleur, brouillard devant les yeux, dérobement des jambes, le tout déclanché par une émotion brusque.

II. Signes psychiques.

Malgré le cortège observé parfois, ce n'est pas l'état physique des malades qui les impressionne. S'ils commencent par décrire ces symptômes au médecin, c'est qu'ils n'osent pas d'emblée, dans le milieu militaire, aborder le véritable sujet de leurs inquiétudes. Interrogés avec soin, ils y arrivent pourtant et signalent, tout au moins, les signes qui leur semblent les moins choquants et que nous allons envisager.

1. *L'affaiblissement de leur activité intellectuelle* les a généralement frappés. Et pourtant, ils savent que c'est là une réaction normale à la guerre. Aussi d'emblée, s'acharnent-ils à démontrer que cette baisse de leur niveau est véritablement anormale. « Où sont mes belles heures de travail ? nous dit H... Je ne suis même plus capable à l'heure actuelle d'écrire une lettre... J'ai le cerveau vide... » — « J'ai l'impres-

sion, nous dit F..., que toute mon intellectualité est noyée dans un brouillard, où l'on ne voit plus rien, où je ne puis plus rien saisir... » — « ... Je ne puis coordonner mes idées, ni en diriger le cours, écrivait I... certain jour. Je lis des pages entières sans comprendre... » C'est lui aussi qui est obligé de relire deux ou trois fois les ordres qu'il envoie afin de ne rien oublier. Quant à ceux qu'il reçoit, en les parcourant à nouveau, il s'aperçoit qu'il n'avait pas compris le sens de chaque phrase, qu'il avait négligé certains détails. Il est encore capable d'exécuter ce qu'il doit faire par nécessité, mais il néglige tous les détails qui ne dépendent pas de lui.

En somme, la mémoire est paresseuse et infidèle, mais il ne s'agit pas d'amnésie à proprement parler. C'est plutôt une défectuosité dans l'évocation spontanée des noms propres, des dates, des faits. De même, l'attention existe encore, mais sujette à des défaillances, parce que l'esprit est détourné par une préoccupation pénible.

2. L'homme atteint de la sorte est fatalement lésé dans son *affectivité*. Le psychasténique aiguille tout autour de ses préoccupations personnelles.

Il devient égoïste, I..., qui aimait beaucoup sa femme et ses enfants, en était arrivé à un certain moment à ne plus écrire que de brèves cartes... A quoi bon donner des détails?... A quoi bon s'intéresser à des gens qu'il ne doit plus revoir?...

Il est foncièrement triste, et la guerre lui fournit toutes les données de son pessimisme. Tous les récits, les communiqués, lui sont matière à de longues

réflexions grises. Les actes de ses chefs lui semblent incompréhensibles. « Certes, écrit Gilles en faisant parler un malade assez voisin des nôtres, il n'ose exprimer de doutes sur l'issue de la lutte, mais il les laisse entrevoir : il ne voit, ni quand, ni comment, cela finira. D'ici là, il sera tué ou fou. — C'est, dit-il, ce qu'il a de mieux à attendre, plus vite cela viendra, plus vite, il sera délivré de ses misères... ».

Pour son entourage, il devient d'une susceptibilité anormale. Au lieu de chercher de ces amitiés généreuses, graves et désintéressées qu'ont engendré les mêmes épreuves aux mêmes heures graves, il fatigue les voisins par son instabilité. De loin en loin, il a une crise de gaieté folle, irraisonnée, ridicule. Mais le plus souvent, il s'agit à faux, sans motif.

3. Son *émotivité* n'est pas moins désordonnée. Le plus petit souci prend de très grandes proportions, le moindre détail lui rappelle la guerre, le danger perpétuellement suspendu sur sa tête. Bref, la réaction est généralement exagérée, se présente avec une intensité hors de proportion avec l'élément causal, presque toujours insignifiant.

Le psychastérique, dès lors, se compare à d'autres et trouve des raisons de les envier. La jalousie apparaît : il se laisse aller à « la décevante rêverie qui fait croire à l'homme presque toujours malheureux que là où il n'est pas, le bonheur habite ». (F. Coppée.) Parfois aussi, il se voit en butte à l'injustice : et voilà qu'apparaît le germe de l'idée de persécution.

4. Mais l'émotivité elle-même dépend d'une *anomalie de la sensibilité commune ou cénesthésie* :

celle-ci étant trop développée, les réactions sensibles de l'émotion sont devenues quantitativement diminuées ou excessives et qualitativement anormales : de là, les *phobies*, les *obsessions*, l'*anxiété obsessionnelle*, les *impulsions*.

La rupture d'équilibre mental qui caractérise le psychasténique l'amène à une peur malade, irréflechie et qui le rend plus malheureux encore. Ce n'est plus la peur du combattant normal, laquelle est une des formes de l'instinct de la conservation individuelle. C'est la parade contre un danger inconnu et qui n'existe pas encore : c'est l'attente d'un malheur que rien du reste ne fait prévoir. A cet état, s'associent des phobies, c'est-à-dire des craintes conscientes et irrésistibles, à propos d'un objet déterminé ou d'une circonstance quelconque, assez souvent futile. Ainsi s'observe la phobie du bruit. Le départ ou l'éclatement des obus, le coup de fusil tiré par un guetteur, les bruits de pas dans un boyau voisin, les coups de pelle et de pioche des travailleurs nocturnes de la tranchée font trembler le psychasténique.

L'émotion qui suit l'idée obsédante chez notre malade n'est pas moindre que celle produite par la phobie. Il croit que tel chef lui en veut, il est persuadé que le soldat qu'il a mis de faction à un poste d'écoute s'est endormi, etc. En tout cas, c'est une idée bien ancrée dans son esprit et qui persistera : il cherche à l'éloigner, elle revient à la charge. Il a pourtant, dans une certaine mesure, conscience du ridicule de cette idée : il la sent comme une suggestion étrangère. Bref, à l'état d'ébauche tout au moins, il sent un

trouble de sa personnalité psychique, une diminution de la valeur de son moi. « Il me semble, nous dit D..., que je ne suis plus exactement le même. » — « Je n'ai pas ma tête à moi », déclare E... F... ne « se reconnaît plus ».

L'idée obsédante que l'on rencontre le plus fréquemment chez nos malades, c'est l'idée d'évacuation. Elle devient le leit-motiv de leurs préoccupations, ils orientent toutes leurs pensées, tous leurs discours autour d'elle. « Il estime, disions-nous plus haut en parlant de F., qu'il n'est pas à sa place, que depuis longtemps il devrait avoir certaine affectation plus calme, moins dangereuse et qui l'intéresserait davantage. L'idée de partir le hante à tel point qu'il regrette presque son état de santé qui ne suffit pas à légitimer son évacuation. » Tous nos malades ont marqué le même souci, y ont insisté avec une maladresse notoire, puisque la répétition des mêmes plaintes pouvait avoir pour résultat de mettre le médecin en défiance.

Pour le combattant qui mène une vie angoissante et rude, l'évacuation est une trêve momentanée à ses fatigues et aux dangers qu'il court. C'est dire à quel point les psychasténiques désirent cette solution qui les arrachera à leur milieu, les mettra dans des conditions qu'ils espèrent particulièrement favorables et les éloignera des causes qui ont suscité, à leur avis surtout, tous leurs maux.

Rien d'étonnant à ce que, bien circonscrite dans son objet, cette obsession soit particulièrement durable et tenace. Bien plus, elle est parfaitement consciente. Et même, comme l'ont judicieusement noté Devaux

et Logre, le sujet y remarque une manifestation de déséquilibre émotif et volontaire. C'est même pour cette raison qu'il hésite tant à venir se confier au médecin, surtout durant la guerre. Il a peur de ne pouvoir pénétrer celui à qui il s'adresse de la conscience douloureuse qu'il a de son état.

Ayant perdu à ce point la maîtrise de soi, rien d'étonnant à ce que le psychasténique commette des actes impulsifs. Au moment même où l'idée obsédante naît dans son cerveau, elle le détermine à accomplir l'acte correspondant, contre son gré. Ce lieutenant est-il obsédé par cette idée que le soldat qu'il a mis de faction à tel endroit n'y est pas, vite il se précipite pour s'en rendre compte. C'est ce que faisait A..., par exemple, même si pour aller à l'endroit fixé, il fallait traverser des zones dangereuses.

Nous n'insisterons pas davantage sur les impulsions, car elles nous ont paru plus rares, moins précises et moins irrésistibles que chez les neurasthéniques. Interrogés à ce sujet, nos malades nous ont parfois fait des réponses vagues ; quelques-uns seulement, notamment A... et F..., ont pu nous faire le récit d'actes impulsifs suffisamment caractéristiques. Au reste, chacun des traits qui spécifient l'impulsion, l'obsession, la phobie, en un mot les anomalies de la cénesthésie, mérite une étude plus approfondie. Il convient également de voir avec quelque détail à quoi se rattachent les troubles des fonctions générales de la conscience, de l'émotivité, de l'affectivité que nous venons de décrire comme symptômes psychiques. Cette étude fera l'objet du prochain chapitre.

CHAPITRE IV

L'ÉTAT MENTAL ET SA GENÈSE PSYCHOPATHOLOGIQUE

Les symptômes psychiques, aussi bien ceux qui révèlent l'affection que ceux qui sont plus profonds, ont une importance indéniable dans l'allure générale de la maladie, parce qu'ils décèlent un trouble de tout l'organisme. Toutes les facultés sont en effet touchées : on observe des troubles de la conscience et de ses fonctions générales, des troubles émotionnels, en un mot une désorganisation de toute la personnalité. Il en résulte des rêves et des cauchemars, des hallucinations, des impulsions déjà signalées au passage.

I. L'auto-analyse.

Mais ce qui donne vraiment leur allure spéciale à tous ces troubles, c'est qu'ils sont détaillés avec un luxe inouï par les malades qui passent leur temps à s'analyser.

Le fait n'est pas étonnant, puisqu'il s'agit généralement d'intellectuels. Mais leur préoccupation est de tous les instants, épouse toutes les formes, et trouve toujours des applications nouvelles à leur cas.

Le soldat E., qui nous a semblé avoir une intellectuality moyenne déclare : « Je ne sais pas exactement ce qui se passe en moi. Je n'ai pas ma tête à moi ». Un autre, F., parle « du brouillard dans lequel il est noyé ». A., est particulièrement curieux. Lecteur assidu de Bergson, il a retenu de ce philosophe tous les points de doctrine dont il peut tirer des applications. « D'après Bergson, nous dit-il, la vie psychique est constituée de nuances que nous recueillons de chaque perception, et nous leur donnons un coloris spécial par notre manière propre de percevoir. Rien ne doit se perdre de toutes ces perceptions qui doivent engendrer en nous des tendances. Or, je perds une partie de mes perceptions, je ne puis plus rien retenir, et voilà pourquoi mes pensées sont pauvres et incohérentes, voilà pourquoi je suis devenu irrésolu et hésitant... »

Et ces plaintes, d'une façon générale, paraissent d'une brûlante sincérité : c'est que celle-ci ne tient pas aux faits, elle est dans l'émotion même qui les altère ou les suppose. Les malades reconstruisent leur existence avec des débris incomplets de réalité : par là même, déjà, ils signalent des troubles de la synthèse mentale.

II. Troubles de la conscience.

Pierre Janet, et plus récemment Dwelshauvers, ont démêlé, avec une grande précision, les rapports du conscient, du subconscient et de l'inconscient dans notre vie. Grâce à eux, il est admis aujourd'hui que

tout fait mental, même le plus fruste, est complexe, et que pourtant il ne peut se réduire à un ou plusieurs éléments, comme on le suppose en physique pour un ensemble de mouvements, et en chimie pour un corps. « Prenez, dit Dwelshauvers, une sensation, l'odeur ou la vue d'une fleur, un son que vous entendez, une parole qui attire votre attention, l'appel d'un oiseau qui passe, la vue des gens dans la rue, vous y découvrirez aussi, sans aucune difficulté, le point de départ de souvenirs, de méditations ou de rêveries, et enfin une attraction ou une répulsion de votre désir et de votre vouloir. » Il y a donc un caractère de totalisation, de complexité active dans chaque fait mental et c'est ce qui nous conduit à définir une sensation, une représentation, un acte volontaire, un sentiment par la notion de synthèse : chaque fait mental est une synthèse.

Janet a cherché, en de longues recherches qu'il n'est pas possible de présenter ici, les caractéristiques de la synthèse mentale. Il lui a paru que c'est dans *la fonction du réel* qu'elle se manifeste le plus complètement. Et l'insuffisance de celle-ci se montre dans la plupart des affections mentales, mais en particulier dans la psychasténie.

De là cette incapacité qu'ont nos malades de penser longtemps à un même sujet, d'y penser complètement et avec impartialité. Et cette incertitude existe pour la volonté, se caractérisant par leur incapacité bien connue de prendre une décision ou de mener un travail à bout. Enfin, pour la motilité, la même genèse explique la lenteur et l'incertitude des mouvements :

toutes les tendances qui constituent la synthèse ne sont pas nettement coordonnées, elles ne peuvent converger ensemble vers l'action, et c'est pourquoi celle-ci ne peut s'accomplir avec précision.

Cette infériorité frappe rapidement les psychasténiques : ils se sentent modifiés, diminués en face de la réalité, ils éprouvent ce sentiment de leur insuffisance psychique que Janet a baptisé du nom d'*incomplétude*.

Mais cette activité agissante qu'est la conscience n'est pas toujours égale à elle-même. La tonicité du psychasténique comme celle de l'individu normal, n'est pas la même à tous les instants. Chez nos malades, le fait acquiert une importance particulière : ainsi peut-on parler d'*oscillations du niveau mental* (Janet). Nous avons vu plusieurs de nos malades prendre leur élan pour accomplir vaillamment une chose, puis, l'action commencée, se décourager et s'arrêter. A d'autres instants au contraire, ils étaient capables de s'appliquer nettement, d'une manière suivie, au travail commencé.

III. Troubles des fonctions générales de la conscience.

Si l'on observe de telles variations, c'est que les fonctions générales de la conscience sont elles-mêmes troublées, en particulier l'*attention* et la *mémoire*.

La première de ces facultés est diminuée chez les psychasténiques. Ils ne peuvent fixer leur esprit, nous l'avons vu (chap. III), ou ne le font qu'au prix d'une

véritable fatigue. La pensée s'accroche à des idées vagues, ou à des images incohérentes et flottantes. I... est obligé de relire deux à trois fois les ordres qu'il reçoit pour être sûr de ne négliger aucun détail. Si le malade s'efforce de tendre son attention, il se sent bientôt fatigué et ne fait plus effort pour coordonner sa pensée et diriger le cours de ses réflexions. La volonté n'essayant plus d'agir, aucun état ne dure, ni ne prédomine : c'est un flux désordonné d'idées et d'images où le mécanisme de l'association agit seul, de toute sa puissance.

L'attention ne saisissant pas toujours la sensation présente, n'est pas capable de l'appliquer par association, à un état passé : la perte partielle de la mémoire est ainsi corrélative de cette perte partielle de l'attention.

Normalement, chaque instant de notre conscience contient en raccourci tous nos souvenirs, condensés en un seul état. A un moment déterminé, une excitation physique par exemple, ou les nécessités de l'action, font plus directement agir certaines dispositions motrices et certains éléments cellulaires. Or, ce déclenchement suppose un équilibre biologique et psychique qui n'existe pas chez l'anormal : ainsi certains faits, certaines idées ne seront pas évoquées chez le psychasténique.

Toutefois, comme nous l'avons déjà vu, il n'y a pas d'amnésie vraie. Lorsqu'il peut et veut faire un effort, le malade recouvre temporairement, sans grandes lacunes, sa mémoire. Ainsi I... n'est pas capable de rédiger un ordre, d'un seul jet, sans rien oublier.

Mais, lorsqu'il fait effort, en se relisant, il retrouve les détails qu'il avait omis et les replace logiquement dans le texte.

IV. Troubles émotionnels.

Normalement, toute perception, toute idée s'accompagne d'un état affectif particulier, agréable ou désagréable, gai ou triste. Sa valeur dépend de l'émotion, c'est-à-dire de l'état produit, soit immédiatement, soit dans le souvenir, par un choc psychique, mais aussi de l'aptitude du sujet à s'émouvoir, en un mot de son émotivité.

Or, il est établi à l'heure actuelle, surtout depuis les travaux de Dupré et de ses élèves, qu'il existe une émotivité constitutionnelle, sur laquelle se manifestent les troubles psychiques dus à l'émotion. Les stigmates de cette émotivité, tels qu'ils ont été décrits par l'auteur précité, n'ont pas tous la même valeur ni la même importance, ils ne valent du reste que par leur groupement. Il faut donc en retenir seulement, comme le fait André-Thomas, l'éréthisme diffus de la sensibilité et l'insuffisance de l'inhibition motrice, réflexe et volontaire.

En ce sens, mais en ce sens seulement, on peut dire que l'*émotivité* des psychasténiques est anormale. D'une façon plus exacte, il faut la considérer non pas comme augmentée, mais comme désordonnée. La réaction au choc psychique existe toujours, elle est toujours anormale, nous l'avons suffisamment noté aux chapitres II et III : mais elle n'est proportionnelle

au choc psychique ni en intensité, ni dans sa forme même.

Les troubles de l'*affectivité* ne sont pas moindres : il suffit de les rappeler brièvement, car ils s'expliquent sans difficulté.

Le psychasténique est généralement triste, parfois gai par accès brusques et inexplicables. Il est égoïste, parce que l'auto-analyse a orienté toute son activité autour de son « moi » qui l'inquiète. Et par là même, il est soupçonneux, s'irrite facilement contre tous les gens ou toutes les causes qui le dérangent, sont susceptibles d'agir douloureusement sur son émotivité.

Et comme il sait, malheureusement trop, jusqu'à quel degré les émotions sont susceptibles d'amener en lui des réactions exagérées, il est devenu *aboulique*. Ce manque de volonté est indiscutablement lié à la fatigue, à l'insomnie, à certaines intoxications, peut-être aussi (voir chap. V) aux contre-coups de la vie génitale. Mais elle est déjà impliquée dans la diminution du tonus intellectuel signalée plus haut.

De fait, la genèse de la volonté est de deux sortes. Dans son sens le plus élevé, elle est la subordination, à peu près complète, de l'activité motrice aux centres cérébraux supérieurs. Mais la plupart de nos actes volontaires ne sont pas tels : ils sont la résultante d'éléments entrant dans la conscience réfléchie, mais aussi d'apports inconscients et automatiques.

Or, le psychasténique est diminué dans les opérations de synthèse mentale d'abord, et, davantage encore, dans celles qui demandent de la réflexion et un effort. Aussi se laisse-t-il déborder de toutes parts par

des éléments mal précisés et profonds : habitudes anciennes, influences héréditaires, instincts, réflexes de besoins organiques.

V. Troubles de la personnalité.

Au total donc, la notion de la personnalité dans son sens le plus large est diminuée et troublée chez le psychasténique.

Mais qu'est-ce au juste que cette notion ? La conscience que chacun d'entre nous a de l'unité de son moi peut paraître une donnée simple et immédiate, elle n'en est pas moins fort complexe. Elle résume d'abord l'individualité organique conditionnée par la structure de l'être et la coordination générale qu'implique l'organisation même de cet être. Elle est de plus le lieu où se confondent tous nos éléments psychiques, intellectuels, affectifs et volitifs, éléments qui sont en lutte les uns avec les autres et apportent de perpétuelles modifications à l'ensemble.

Or cette notion a évolué vers une étroite unification et ainsi la personnalité apparaît une, identique, permanente, à l'individu dont toutes les facultés fonctionnent harmonieusement. Rien de pareil chez le psychasténique, qui a des troubles du conscient et du subconscient, de la mémoire et de l'attention, de l'émotivité et de l'affectivité. De fait, les malades ont cherché par des périphrases à expliquer leur malaise intellectuel : « Je ne suis plus le même... Il y a en moi quelque chose de changé... Il me semble que je suis tout autre..., etc. »

On ne saurait parler toutefois de dédoublement, ni, à plus forte raison, d'ébauche de désagrégation de la personnalité. Ce serait inexact, au moins en ce qui concerne les cas observés par nous, peut-être parce que nous n'avons vu que des états frustes. Il y a simplement chez nos malades *dysharmonie*, mais le phénomène ne leur en est pas moins douloureux.

La rupture d'équilibre est particulièrement sensible, à propos de la notion que nous avons de notre personnalité physique : en d'autres termes, les troubles les plus nets sont ceux de la cénesthésie. On désigne sous ce nom le sentiment, plus ou moins obscur, que nous avons de notre propre corps, de nos fonctions, indépendamment du témoignage de nos sens : il est dû à des sensations vagues issues de nos organes. C'est, en quelque sorte, la synthèse des éléments primaires de la sensibilité organique et des souvenirs analogues emmagasinés par la conscience.

Ce sens se compose du reste d'impressions, pour la plupart très vagues, qui forment un arrière-plan souvent négligé et à peine conscient. Si elles envahissent davantage le champ des pensées de l'individu, c'est dans les cas de rupture d'équilibre : de là une gêne, un trouble, une inquiétude, un tourment d'autant plus sensible qu'il s'agit d'une altération inexplicable.

C'est par des modifications analogues que s'expliquent les phobies, les obsessions et l'anxiété obsessionnelle. L'émotion semblant jouer, du reste, le principal rôle dans la production de ces trois groupes de symptômes. C'est, en effet, parce que les réactions sensitives sont

devenues, comme nous l'avons vu plus haut (chap. III), diminuées ou excessives et qualitativement anormales que ces formes peuvent apparaître¹.

Ainsi s'explique que la peur du psychasténique, à l'encontre de celle du combattant sain ou même du neurasthénique (André-Thomas), soit pathologique. Elle est le résultat de l'inhibition causée par une émotion ou le souvenir d'une émotion. C'est une façon de sentir et de souffrir à laquelle correspond un état qui ne permet à aucune autre représentation d'acquérir une valeur suffisante pour que la sensation résultant de cette dernière ait une intensité supérieure à la sensation d'obstacle qui remplit le champ de la conscience. Elle est donc irrésistible.

La phobie et l'obsession qui sont, essentiellement et d'emblée, constituées par la crainte ou l'idée de crainte ont le même caractère : elles s'accompagnent toujours d'une anxiété plus ou moins vive, que Devaux et Logre ont fort bien analysée sous le nom d'anxiété obsessive.

Celle-ci, sous sa forme essentielle, nous disent ces deux auteurs, exprime un mode de déséquilibre affectif, d'origine dégénérative, et qui la rapproche, par une étroite affinité, d'ordre étiologique et clinique, de la constitution anxieuse.

Nous n'avons pas observé chez nos malades de

¹ D'après les théories de W. James et de Lange, ces états, comme tous les états émotionnels, seraient secondaires à des troubles physiologiques, et non le contraire. L'expérience ne nous a pas semblé donner raison à cette théorie, dans les cas signalés ici tout au moins.

formes continues : les obsessions étaient passagères et susceptibles, sinon de guérison définitive, du moins de très longues rémissions. Toutefois, elles ont toujours bien répondu à la définition. C'est bien essentiellement un symptôme caractérisé, « comme l'indique l'étymologie, par un état de siège, — obsidio — la conscience personnelle étant assaillie et tenue en échec, malgré elle, par un phénomène psychologique qui s'impose à elle contre son gré ».

Ainsi définie, l'obsession anxieuse est bien circonscrite et localisée dans son objet. Elle a une ténacité suffisante pour permettre parfois une confusion avec l'idée fixe : certains auteurs, Arndt notamment, dans des cas particulièrement riches, y ont même vu une ébauche de paranoïa rudimentaire. Elle est discordante et contient, à l'état de germe au moins, un trouble de la personnalité. Le sujet qui l'éprouve en a conscience. Enfin, l'obsession est impérieuse, irrésistible : elle suppose par conséquent pour s'installer, se développer et se maintenir quelque temps au moins, une insuffisance relative de tout l'être ou, pour reprendre l'expression de Janet, de la synthèse mentale.

Affirmer ce dernier point, ce n'est pas nier cette faiblesse de la synthèse mentale dans beaucoup d'autres psychoses, c'est démontrer son existence dans des états qui ont leurs germes pathologiques dans la partie de notre subconscient qui est la plus mal étudiée à l'heure actuelle et, par conséquent, la plus difficile à bien définir.

VI. L'insomnie et ses résultantes.

Les réminiscences d'idées et d'images qui ont une telle importance chez le psychasténique sont parfois reconstituées par lui avec des bribes incohérentes de leurs rêves, ou même avec de véritables représentations hallucinatoires : il faut donc étudier succinctement le sommeil et son cortège d'éléments psychiques.

Le *sommeil*, nous l'avons vu au chapitre précédent, fait presque totalement défaut chez nos malades, ou tout au moins, est-il entrecoupé de longues périodes de veille.

Ce symptôme peut sembler difficile à expliquer : il ne peut évidemment pas être mis sur le compte de l'apathie, car justement, certains malades, dans le but d'essayer de dormir, se livrent à des exercices violents et prolongés qui sont, du reste, sans résultats.

Il s'explique plus commodément par l'intoxication lente de l'organisme et par l'action de poisons exogènes, comme le tabac (voir chap. V) et le café. A la guerre, dans ce milieu particulièrement troublé où vivent nos malades, il résulte également de l'impressionnabilité anormale de nos sujets : celle-ci, du reste, agit à son tour, en empêchant le malade de dormir, en sorte qu'il y a un échange réciproque de mauvais procédés. Enfin, notons une raison plus profonde encore et plus vraie : nos malades ne dorment pas, parce qu'ils ont peur de ne pas dormir, ou d'être réveillés par des cauchemars.

Le *cauchemar* existe en effet, chez les combattants avec une assez grande fréquence (A. Gilles). Qui n'a éprouvé cette oppression particulièrement douloureuse, quoique imprécise, qui fait dire au réveil que l'on sort « d'un mauvais rêve ? » Il ne s'agit là, du reste que d'une réaction de l'organisme et de l'inconscient sans grande importance : tel parle, crie ou pleure la nuit qui est, à l'état de veille, calme et parfaitement normal.

Chez le psychasténique, à l'excitation ainsi créée par une image à demi-tronquée répond, comme chez nous, une réaction des centres moteurs et réflexes. Une fois impressionnés chez notre malade, ils refusent le contre-ordre, ils cherchent à satisfaire leur tendance naturelle, à s'extérioriser, à se réaliser.

Ainsi, par exemple, D... fut réveillé une fois en sursaut, poussant des cris et voyant ses camarades charger à la baïonnette sur lui. E... revoit passer devant ses yeux le cadavre d'un officier qu'il connaissait. Et les malades conservent des phobies consécutives à ces impressions : le premier a la phobie du cantonnement le soir, le second ne peut plus voir un cadavre sans essayer d'en fuir la vue.

Quelquefois, ce cortège d'images nocturnes semble se préciser davantage, perdre le caractère terrifiant et se produire durant un temps de sommeil : c'est le *rêve*.

Si complexe que soit ce dernier, il semble admis que l'émotivité joue un grand rôle dans sa production, beaucoup plus que les processus intellectuels ou les combinaisons d'idées. Les rêves n'existent, affirme

Vaschide, qu'en tant que l'élément émotion est capable d'augmenter l'intensité de l'image. Et Maudsley avait déjà insisté sur l'importance des états affectifs. On a une tendance à croire, disait-il, que les images et les événements d'un rêve pénible sont la cause des sentiments désagréables que l'on éprouve. Il n'en est pas ainsi : le sentiment est la vraie cause des images, il en est pour ainsi dire le générateur.

Ainsi donc, point de départ émotionnel et affectif, automatisme, au moins relatif, de l'esprit, avec dispersion de l'attention et de la synthèse mentale, voilà les caractéristiques du rêve. Telle est leur parenté avec la constitution psychique de nos malades que l'on conçoit les points de passage entre la réalité et le rêve.

Une chose nous a frappé, c'est la rareté des préoccupations guerrières dans les images qui défilaient sous les yeux des psychasténiques. Et pourtant leur attention spontanée s'applique avec excès à la guerre. Mais, d'une façon générale, n'est-il pas vrai que les souvenirs latents et anciens reviennent fréquemment dans nos rêves : en sorte que la mémoire agissant dans ce cas semble dépendre de processus parfaitement inconscients et de la reviviscence d'idées oubliées ? Et d'autre part, ce sont souvent les choses volontairement écartées à l'état de veille qui reparaissent pendant le rêve (Dwelshauvers). Or, justement le psychasténique écarte toutes les idées actuelles, présentes, de famille et de camaraderie pour penser à sa personnalité propre durant le moment considéré. Ainsi, il rêvera ou à des faits passés depuis longtemps

ou à des faits très récents, mais où la guerre n'intervient qu'épisodiquement.

Au reste, le psychasténique ne voit jamais défiler sous ses yeux un véritable cinématographe. La coordination, l'association, la précision font souvent défaut. Lorsqu'il se réveille, il sait qu'il a rêvé, mais il ne peut, que difficilement et incomplètement, décrire son rêve.

Y a-t-il à côté du rêve des *phénomènes hallucinatoires*? Ils ont été en effet signalés chez certains psychasténiques.

Mais il convient d'abord de définir l'hallucination dont Taine était allé jusqu'à dire qu'elle était « la trame même de notre vie normale ». Il faut la considérer non pas en elle-même, mais comme un élément entrant dans la symptomatologie et le pronostic des affections psychiques. Ainsi fait Gilbert Ballet, en la définissant « comme une représentation mentale sans objet, liée à la désagrégation, temporaire ou durable, de la personnalité ».

Ainsi nous est-il possible de distinguer l'hallucination proprement dite de la pseudo-hallucination. Celle-ci est une perception subjective, très vive, possédant tous les caractères propres de l'hallucination véritable : intensité très grande, spontanéité, incoercibilité, grande précision sensorielle, détail, perfection, stabilité du tableau, — un seul caractère lui manquant, mais capital : elle ne crée pas l'apparence d'une réalité objective (Kandisky).

Les représentations mentales de nos malades se rapprochent des pseudo-hallucinations.

Elles n'ont amené chez aucun la croyance à la réalité des visions. Elles ont des caractères voisins des obsessions : comme celles-ci, elles sont toujours le reflet des préoccupations du malade et comme un essai d'objectivation de ses tourments. Dans les trois cas observés par nous, il ne s'agissait du reste que de pseudo-hallucinations de la vue. Or, celle-ci sont, de toutes, les plus bénignes quant au pronostic que l'on peut en tirer pour juger l'atteinte mentale. Enfin, elles ne se transforment pas, c'est toujours la même image, ou le même petit nombre d'images, reflétant la même idée. Au contraire, les hallucinations vraies varient, et ceci non seulement suivant l'individu chez lequel elles se développent, mais encore suivant la cause qui les engendre (Meuriot).

A vrai dire, les représentations mentales que nous avons observées manquaient même parfois d'intensité, de précision ou de détail ; on pourrait en quelque sorte les comparer, comme le fait Régis, à ces phénomènes d'objectivation hallucinatoire qui se produisent dans l'intoxication haschischique : elles sont sur le seuil du vaste domaine des hallucinations.

La même imprécision de caractères s'observe pour *l'impulsion*, qui est du reste dans le domaine moteur ce qu'est le symptôme précédemment décrit dans le domaine représentatif.

L'impulsion est beaucoup moins irrésistible que chez le neurasthénique. Elle est simplement créée par l'inquiétude et le doute perpétuels où se trouvent les malades : on dirait qu'ils cherchent par un commencement d'action à vérifier si réellement ils sont poussés

à obéir à leur obsession. Mais le domaine moteur est rempli de déceptions pour eux. Dans l'océan des idées, ils peuvent naviguer à pleines voiles, aucun obstacle ne vient les rappeler au dur contact des réalités : au contraire, toute action engagée par eux et qui ne peut aller à son terme les désole et les décourage. L'impulsion est chez eux un phénomène encore plus incomplet que la pseudo-hallucination.

C'est donc, en définitive, la caractéristique qui résulte de cette étude. On ne saurait admettre de symptôme schématique chez nos psychasténiques : tous, même les obsessions qui pourtant dominent le tableau, sont passagers, imprécis. Leurs contours, leurs limites, ne peuvent être exactement définis. C'est ce que constate du reste Janet, à propos des hallucinations, en disant : « Comment admettre la présence d'une hallucination véritable, qui est un phénomène complet, alors que la caractéristique même de la maladie réside dans ce fait que tous les autres phénomènes psychologiques y restent incomplets ? »

CHAPITRE V

FACTEURS ÉTIOLOGIQUES

L'affection étant ainsi posée, il importe de connaître les agents provocateurs, les prétextes, les circonstances qui ont accompagné la naissance de cette maladie. La guerre d'une part, la constitution émotive de l'autre, donnent à la psychasténie une couleur particulière, mais de quelle façon? Et puis, ces facteurs sont-ils les seuls invoqués? C'est ce que nous allons envisager.

1. *L'hérédité* joue communément un grand rôle dans la genèse de l'affection, si l'on en croit la majorité des auteurs. C'est même par elle que l'on différencie la neurasthénie de la psychasténie. La première résulte de causes variées accidentelles, d'ordre physique ou moral, qui ont profondément affaibli le système nerveux. La seconde, au contraire, « est l'aboutissant naturel d'une prédisposition lointaine et profonde, héréditaire ou congénitale, au même titre que les délires systématisés. A l'encontre de ce qui existe chez le neurasthénique, le système nerveux n'est pas accidentellement épuisé, il est congénitale-

ment faible, débile, dévié dans ses fonctions les plus essentielles, il est en un mot héréditairement mal constitué pour un fonctionnement normal ». (André Riche.)

Nous avons cherché soigneusement dans les antécédents héréditaires de nos malades. Un seul, I..., a signalé une grand'mère morte dans un asile d'aliénés, d'une affection inconnue. Les autres n'ont guère appelé l'attention que sur des accidents arthritiques, et personne n'ignore le sens imprécis de ce mot dans la bouche de nos malades.

L'affection ne nous a pas davantage semblé congénitale, et les signes, sauf dans un cas, ne s'étaient pas manifestés avant la guerre. Et cette constatation négative est importante chez les psychasténiques qui affectionnent tant l'auto-analyse et cherchent tant de motifs sérieux dignes d'expliquer leur cas et d'éclairer le médecin.

Si nos recherches ont été négatives, peut-être paraîtront-elles insuffisantes. Mais, l'excès n'aurait-il pas été nuisible? A la longue, nous aurions fini par persuader à nos malades qu'ils avaient éprouvé jadis certains troubles : ils ne nous les ont pas décrits. Evitons de tomber dans l'écueil signalé par Devaux et Logre : « trouver dans les faits ce qu'on y cherche et plus encore ce qu'on y introduit », et avouons franchement n'avoir rencontré chez aucun de nos malades une prédisposition héréditaire ou congénitale.

2. Au reste, s'il en était autrement, ce sont des jeunes gens et non des hommes *d'âge mur* dont nous publierions les observations. Or, presque tous nos

malades ont dépassé trente ans, et quelques-uns quarante. C'est l'âge où l'homme à la plénitude de sa force intellectuelle et physique : si, par hasard, quelques tares l'ont parfois amoindri, dans l'ensemble il a des qualités qui font de lui un combattant précieux. Mais, à cet âge, la faculté d'adaptation, c'est-à-dire l'acquisition rapide de nouvelles habitudes, est plus lente que chez les jeunes. La guerre, qui suppose des modifications permanentes, amène une suractivité de toutes les fonctions, en particulier de celles du cerveau. La nutrition souffre et languit dès lors et le déséquilibre apparaît dans l'organisme.

Il serait puéril d'affirmer que cette genèse suffit à expliquer l'éclosion de la psychasténie, mais peut-être a-t-elle joué un rôle dans certains cas.

3. Il est plus facile d'expliquer la fréquence de la maladie chez l'*officier*, sa rareté relative chez le soldat. Chez le premier, la vie intellectuelle antérieure, la tension continue de son esprit, la notion qu'il a de la nécessité de son prestige suffisent à expliquer les possibilités de déséquilibre. C'est que la vie de l'officier subalterne, du vrai combattant, est réellement très astreignante. « L'humble complexité de la vie des tranchées est pleine de pièges, écrit le capitaine X...¹. L'autorité n'appartient qu'à celui qui les remarque et les évite. Or, pour s'en aviser, un seul moyen : la présence continue, la présence ininterrompue, inutile en apparence, féconde en réalité, féconde matériellement et moralement... »

¹ *L'Illustration*, 12 août 1916.

A. Gilles se demande si les formes de neurasthénie qu'il a décrites épargnent les *soldats*. La réponse serait négative pour nos malades, puisque deux d'entre eux ne sont pas gradés. Mais peut-être y en a-t-il davantage ? On reconnaîtra avec nous, écrit l'auteur précité, qu'il est difficile de demander au soldat si la mélancolie ne trouble pas son esprit et si l'exacerbation de ses nerfs ne le déprime pas trop. On nous accuse déjà bien assez, médecins des névropathes, de susciter le mal à mesure que nous le décrivons.

4. C'est toujours dans le cours ou, plus fréquemment, à la suite des périodes de *fatigue* que les premiers troubles ont apparu chez nos malades.

Les causes de surmenage moral ne nous ont paru nettes que dans un cas, chez C..., dont les deuils et les soucis de famille ont précédé de quelques jours l'apparition des premiers troubles.

C'est surtout la fatigue physique, et par certain côté intellectuelle, de la guerre qui intervient.

La vie des tranchées est indiscutablement assez fatigante, le sommeil est irrégulier, l'alimentation, comme nous le verrons, n'est pas et ne peut pas être toujours bien réglée, enfin, dans certains secteurs de combat, l'activité de l'ennemi suffit à expliquer la fatigue et, même, un début de surmenage. Ainsi donc sont réalisées des conditions de vie défectueuses qui mettront le psychasténique en état d'infériorité.

Toutefois, ce n'est pas tant la fatigue en elle-même que le cortège de préoccupations l'accompagnant qui définissent le psychasténique. Ce qui le prouve, c'est que l'affection peut débiter à la suite d'efforts insigni-

liants, et c'est que, d'autre part, les premiers signes apparaissent, non pas à la fin d'une période de fatigue, mais après quelques jours de repos. Personnellement, nous avons vu des unités descendre très fatiguées de la fournaise : or, à peine au cantonnement de repos, — à condition que celui-ci possède un certain confort et soit suffisamment éloigné de l'ennemi, — les hommes allaient se promener, pêcher, ou s'étendre dans l'herbe. Le lendemain, la gaieté exubérante et gamine, qui fait le fond de l'âme française, réapparaissait et l'obnubilation intellectuelle s'atténuait peu à peu. Même les sujets qui nous semblaient faibles au point de vue mental s'intéressaient à la vie.

Puis, au bout de quelques jours de repos, — c'est le cas pour trois de nos malades, D..., G... et I..., — les troubles se précisaient, augmentaient en intensité et en durée. Ayant quitté le milieu agité où étaient nés ces troubles, nos psychasténiques en sentaient l'anomalie, en souffraient, ils se décidaient à se présenter au médecin.

5. *Les défectuosités de l'alimentation* ne sont pas moins invoquées que les causes précédentes pour légitimer l'apparition des premiers troubles.

C'est que, dans la tranchée, malgré les très grands efforts de tous, malgré le soin minutieux, jusque dans le plus petit détail, que, dans son affection pour le soldat, le chef subalterne prend de l'ordinaire, tout n'est pas parfait. Souvent l'alimentation arrive froide, ou à peine tiède. La viande en fait le fond : en effet, la ration distribuée aux troupes est calculée sur 500 gr. par jour de viande fraîche. c'est donc une ration forte

lorsqu'elle est intégralement distribuée. Les légumes, au contraire, sont déficients : comme le remarque Armand Gautier ¹, « une armée en marche, les soldats dans leurs tranchées, les hommes qui se battent n'ont pas le temps disponible pour cuire leurs légumes. Même à l'arrière, dans les cuisines militaires, il est impossible d'attendre trois ou quatre heures la cuisson de ces aliments. Le plus souvent servis à moitié cuits, le soldat les repousse, et c'est grand dommage. Il faut que les légumes dits secs ou en grain (haricots, pois, lentilles, etc.), lui soient fournis prêts à être consommés. » Or, malgré les efforts de l'Intendance et des cuisines, l'alimentation est peut-être encore trop peu variée, trop carnée et présentée dans des conditions qui choquent à la longue les estomacs délicats. Car, c'est par cette particularité que le psychasténique se distingue : il trouve mille raisons plus ou moins spécieuses, mille critiques à faire pour expliquer le dégoût qu'il éprouve. Et par là même apparaît plus clairement cette notion : ce n'est pas tant l'alimentation en elle-même, c'est l'idée qu'il en a conçue qui intervient dans la genèse de son affection.

6. Au reste, il peut avoir des raisons valables dans son *état antérieur de santé*.

Bien que la psychasténie se distingue justement de la neurasthénie en ce que les troubles sont essentiellement d'ordre mental, bien que l'on n'observe pas de formes digestives, urinaires ou génitales, cardio-vasculaires, respiratoires, les maladies des divers organes

¹ In *Bull. Acad. de Méd.*, 6 juillet 1915, p. 6-13.

n'en ont pas moins une influence qui n'est pas négligeable et ressort de l'examen de nos observations.

Six malades ont dans leur passé des affections du tube digestif : A..., D... et H... se plaignent de troubles gastro-intestinaux chroniques : inappétence, dégoût de certains aliments, lenteur des digestions, ballonnement, constipation fréquente, mais pouvant alterner aussi avec des débâcles diarrhéiques. B... et G... ont, l'un et l'autre, un passé colonial : dysenterie et paludisme chez le premier, paludisme seulement chez l'autre.

Au reste, c'est du côté du foie que s'orientent fréquemment les inquiétudes du psychasténique. B... et G... attirent nettement l'attention sur cet organe, A..., qui ne semble pourtant pas avoir eu de troubles réels de ce côté, réclame un régime hépatique : il lui aurait été, paraît-il, recommandé jadis par un médecin. Quant à F..., il a eu deux crises de coliques vésiculaires antérieures à son affection mentale, et il gémit sur la guerre qui ne lui a pas permis de suivre son régime habituel. Si l'on veut bien considérer que plusieurs autres malades avaient une teinte subictérique qui n'était pas, affirment-ils, congénitale, on ne manquera pas de retenir la signification de ce facteur dont l'importance appellera peut-être quelque jour d'autres travaux. Il est difficile à l'heure actuelle de savoir si les lésions et troubles fonctionnels du foie ont une valeur objective, peut-être s'agit-il seulement d'une préoccupation élective des malades.

7. Et puis, les *intoxications* ne sont peut-être pas

étrangères au « petit hépatisme » des psychasténiques.

Deux poisons à la guerre peuvent particulièrement être incriminés : les boissons alcooliques et le tabac.

Il est banal d'écrire que le subalcoolisme a existé sur le front et que nombre d'hommes, excessivement sobres en temps de paix, avaient pris l'habitude impérieuse de l'alcool. A la vérité, nous n'avons jamais observé, comme l'ont fait Claude, Dide et Lejonne, de fâcheux retentissements, même exceptionnels, sur les centres nerveux. Du reste, sans vouloir rééditer les nombreuses discussions de l'alcool-aliment, il est loyal de reconnaître que l'alcool, à petite dose, pris rarement, donne une secousse ou un réconfort qui sont un précieux appoint pour les troupes en campagne.

Toutefois, les doses prises par certains sont manifestement exagérées. Le psychasténique, justement, qui estime avoir toujours besoin de réconfort, d'exaltant, est de ceux que le mal atteindra. Et, plus il se sentira affaibli ou déprimé, plus il augmentera la dose ou la fréquence des doses, et, par là même, plus il entretiendra son état.

Dans les moments de désœuvrement, il associera le tabac à l'alcool, comme tous ses congénères.

Aux armées, on fume nuit et jour. Les hommes sont rares qui ont échappé à la contagion. Le mal commence par deux ou trois cigarettes par jour. Puis, lors des relèves, en suivant l'interminable dédale de boyaux qui mènent au cantonnement de repos, les cigarettes se succèdent l'une à l'autre. La pipe vient ensuite et c'est ainsi qu'à tout instant l'on rencontre le

gradé dans ses rondes, le guetteur au créneau, le soldat, dans son abri, en train de fumer d'interminables pipes : les rares visiteurs, qui ont consenti à se mettre en contact avec le combattant dans la tranchée, l'ont bien noté.

Les troubles qui peuvent découler de l'abus du tabac sont, dans bien des cas, connus du psychasténique. Mais c'est plus fort que lui, dit-il : il ne peut pas ne pas fumer. Ainsi, le toxique par lui-même, et surtout l'idée qu'en a le malade, expliqueront, en partie au moins, la céphalée, l'obnubilation intellectuelle, les crises de palpitation, la laryngite insidieuse et, peut-être, dans une certaine mesure, la dysmnésie et la paresse des facultés supérieures : le malade y échappe avec plus de difficulté encore que l'homme sain.

8. Les *auto-intoxications* ne doivent pas jouer un moins grand rôle dans la genèse des états psychopathiques de nos malades.

Notre organisme, on le sait, est le siège constant d'une circulation (formation et élimination) de produits toxiques à laquelle collaborent harmonieusement tous nos organes, et en particulier les glandes endocrines.

Toute note discordante amène un malaise dans l'organisme, et c'est peut-être de la sorte que le mauvais état général de nos malades et surtout le sentiment pénible qu'ils en ont pourraient s'expliquer. Nous n'avons pas pu nous livrer à des recherches (qui seraient du reste très délicates) susceptibles d'infirmier ou de confirmer cette hypothèse. Mais ne

voit-on pas que l'asthénie et la légère hypotension signalée dépendent peut-être d'une légère insuffisance des capsules surrénales et qu'à son tour la lésion de ces organes retentit sur d'autres glandes, l'ensemble des perturbations suffisant à faire éclore la psychose.

9. Quoiqu'il en soit, le rôle des *infections*, de certaines tout au moins, est plus net. Si la recherche de la syphilis et des différentes formes de la tuberculose a été négative, en revanche, nous avons rencontré dans les antécédents de deux malades, B... et G..., le paludisme, associé chez B... à la dysenterie. Quant à F..., il relevait, quelques mois avant l'apparition des premiers troubles, d'une dothiérien-térie sérieuse. Car telle est la règle : la maladie mentale ne se greffe pas immédiatement sur l'infection. Primitivement, le convalescent n'accuse que cet état d'asthénie, de dépression qui est bien connu au déclin des grandes pyrexies. Puis l'état normal est lent à reparaitre : il n'y a pas cette renaissance rapide, euphorique, inoubliable pour qui l'a vécue, de l'individu qui se sent renaître à la vie et se jette avec avidité sur tous les travaux susceptibles de satisfaire son activité physique ou intellectuelle. Alors, au bout d'un certain temps, le psychasténique s'étudie, s'aperçoit de son infériorité, et en éprouve un désappointement sensible. Le sentiment du moi reparait, mais c'est un moi diminué, plus ou moins amoindri suivant l'émotivité du malade. Bref, l'infection n'a pas eu d'effets directs sur le psychisme du malade : mais c'est son retentissement sur une émotivité anormale qui a provoqué les premiers troubles.

10. La même interprétation s'applique aux *préoccupations sexuelles*. Nous n'avons observé qu'une fois des troubles génitaux (spermatorrhée : v. ch. III), mais la rareté de pareils symptômes n'entraîne pas l'absence de préoccupations de cet ordre.

La chasteté existe, par nécessité, sur le front. Or, elle est une anomalie pour beaucoup d'individus, surtout ayant l'âge de nos malades. Cette particularité fixe leur préoccupation comme tout changement, comme toute rupture d'équilibre le fait. Et c'est en ce point au moins que la doctrine de Freud trouve confirmation.

Il ne saurait être question d'attirer l'attention des malades sur les impressions antérieures, et en particulier enfantines, de leur vie érotique. Ce serait les alarmer et porter au comble, inutilement, leurs susceptibilités émotives, leur donner des raisons nouvelles de croire à leur mal.

Et puis, la psychoanalyse est si difficile à manier. Faire appel aux souvenirs anciens, les plus lointains, pour la plupart oubliés, ou du moins considérablement déformés, laisser aller la fantaisie du sujet à l'aventure, n'est-ce pas accumuler, comme à plaisir, les causes d'erreur ? (Devaux et Logre.)

Si nos malades pensent aux troubles de la sexualité, c'est parce que, d'une façon générale, là est actuellement l'aspect le plus mystérieux de la personnalité humaine. Ils y pensent, du reste, avec une apparence de logique, surtout à la guerre où les êtres les plus normaux n'échappent pas à ces préoccupations.

Mais les psychasténiques souffrent plus particu-

lièrement que les autres de cet état : ils en souffrent davantage encore, parce qu'ils sont persuadés qu'ils doivent en souffrir, qu'un tel état est incompatible avec leurs habitudes antérieures, que l'on ne saurait résister à pareil régime. Ils sont presque inaccessibles au raisonnement : il est difficile d'essayer de leur démontrer que, par exemple, le régime des permissions, quand il est bien manié, peut pallier à certains des inconvénients signalés.

Les perversions génitales ont parfois tendance à s'extérioriser sous forme d'obsessions, surtout à la suite de certains traumatismes affectifs (Paul Garnier) : nous n'en avons trouvé aucun cas.

En définitive, s'il suffit de poser quelques questions à nos psychasténiques pour leur faire avouer des scrupules ou du doute, des tourments, touchant leur sexualité antérieure ou actuelle, cela ne signifie pas, croyons-nous, que la sexualité fasse le fond de leurs préoccupations et puisse influencer sur tous leurs actes. C'est là, simplement, un aspect particulier des modifications diffuses et générales du psychisme tout entier.

La question de la sexualité n'agit pas autrement que les autres facteurs sur l'étiologie de la psychasténie. Elle groupe autour d'elle, elle coordonne des préoccupations qui existaient déjà, à l'état latent. Elle est la cause — ou plutôt une des causes — qui met en branle l'émotivité du malade, son éréthisme, son déséquilibre sensitivo-moteur et cette dysharmonie de toute sa personnalité que nous avons définie au chapitre précédent. Comme les autres facteurs,

elle agit lentement, sourdement, presque à l'insu du malade : car c'est le point le plus frappant à noter en terminant cette étude, on ne trouve dans l'étiologie aucun élément d'action massive, brutale, totale, comme la commotion par exemple. Les émotions de guerre elles-mêmes, si fortes qu'elles puissent être, n'agissent que dans la suite, lorsque le psychasténique a tenté, à leur sujet, une série d'essais malheureux d'adaptation.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Les troubles de la personnalité qui définissent la psychasténie ne sont pas tels dans la plupart des cas qu'ils imposent une opinion d'emblée au médecin à qui viennent se confier les malades. Bien plus parfois, et c'est particulièrement juste pour les états psychasténiques frustes, c'est-à-dire ceux que nous avons en vue, on hésite à les prendre pour des anormaux.

1. Ils sont pourtant **des malades**, bien que certaines de leurs réactions psychiques soient voisines de celles de tous les combattants. Ils ont, comme les plus normaux, un assoupissement de leurs facultés intellectuelles. Mais il est, chez eux, particulièrement intense avec perte de la notion du réel, sentiment d'incomplétude et oscillations du niveau mental : la mémoire et l'attention sont touchées.

Ils ont le mépris et la jalousie de tous ceux qui sont plus favorisés qu'eux : or, chez le combattant normal, ces sentiments sont le plus généralement passagers. Les psychasténiques, au contraire, y insistent, y reviennent à différentes reprises et, se comparant à ceux qu'ils jaloussent, en viennent à formuler des plaintes interminables sur leur sort à eux.

Leurs réactions émotives sont troublées comme celles des combattants. Mais alors que, chez les individus normaux, cette modification est constamment la même et se caractérise par une diminution, chez nos malades ce sera tantôt une augmentation considérable, tantôt une réaction presque normale, tantôt une diminution.

De plus, le psychasténique n'a pas cette gaieté grave que nous avons rencontrée chez le soldat. Il est généralement triste, mais présente parfois des explosions brusques et inexplicables de joie.

Il a peur, non plus comme l'individu normal, d'un danger qu'il connaît et qu'il précise, mais de choses insignifiantes, de certains détails absurdes.

Et de là dérive un cortège de symptômes vraiment pathologiques : phobies, cauchemars, pseudo-hallucinations, obsessions, etc.

Cet ensemble suffirait à faire penser à un anormal sans qu'il soit nécessaire d'ajouter les symptômes physiques, signature de troubles indéniables de la nutrition, sur lesquels le malade insiste parfois.

2. Il ne nous a pas été possible de savoir dans quelle mesure se sont rencontrés, parmi la riche flore mentale de guerre de nos ennemis, des états analogues. Ils existent très probablement et diffèrent de cette « maladie » signalée par les journaux et qu'ils appellent la « **Kriegsunlust**¹ ». Elle exprime « l'état d'âme de ceux qui ont assez de la guerre. Une traduction plus habillée rendrait mal la véritable signi-

¹ *Le Figaro*, 20 août 1916.

fication de ce vocable. La chose a amené le mot en Allemagne, de même que la fonction crée l'organe ».

Cet état n'existe pas chez nous : la réaction moyenne a permis à chacun de s'adapter facilement, l'amour-propre, le sang-froid, l'endurance, la résolution de ces heures émouvantes, l'espoir de plus en plus ancré aidant.

Au reste, les psychasténiques, avec leur cortège plurisymptomatique sont, de toute évidence, des gens très complexes.

3. En les voyant, le malade songe plus souvent à la **simulation**, plus exactement à cette forme baptisée du nom « **d'évacuite** » que cite Gilles. Précisons : il ne s'agit plus de savoir si l'individu qui se présente à nous est malade, il s'agit de voir s'il « fait » le malade : c'est tout différent du cas envisagé plus haut.

Voici donc un sujet qui nous décrit une série de troubles physiques assez vagues. Or, les troubles digestifs légers ne sont pas rares sur le front : tous les combattants ont eu des périodes d'inappétence, parfois même de lassitude physique. A la suite de l'abus du tabac, certains peuvent avoir une impression d'angoisse précordiale, et parfois même des palpitations. Leur état mental écarte à peine les soupçons : qui n'a pas éprouvé une impression de vide cérébral, par exemple ? L'insomnie existe aussi à certaines périodes fatigantes et s'explique facilement. « La vie civilisée qui nous avait accoutumés à nous déshabiller et à coucher dans la fraîche blancheur des draps douillets, nous empêche de prendre la rude, mais nécessaire

habitude de coucher sur une paille humide, tout vêtu de vêtements souvent mouillés... Les infiltrations d'eau dans la demeure improvisée, toujours humide..., tout ceci finit, à la longue, par lasser les plus endurcis et les plus résignés. »

En somme, les troubles accusés sont discutables et voilà que le leitmotiv de nos malades est suspect, puisque c'est l'évacuation, seule capable de guérir leurs maux.

Pourtant, nos malades ne sont pas des simulateurs. D'abord, on cherche plutôt à simuler une affection luxueuse quant à ses symptômes, mieux assise, moins suspecte que celle-là. Deux de nos malades sur neuf, D... et E..., sont de simples soldats. Aucun n'a osé invoquer d'emblée ses troubles psychiques. D... s'est plaint d'abord et uniquement de symptômes gastro-intestinaux. Et, lors de sa crise de cauchemars et d'hallucinations, il a hésité quelques jours, et, s'étant décidé à venir à la visite, ne nous a accusé les symptômes psychiques qu'à la fin et en conclusion d'un interrogatoire. Quant à E..., signalé d'emblée puisqu'il était sous le coup d'une peine disciplinaire, il n'a osé ni invoquer des causes mensongères, facilement éliminables, ni tenter une explication de choses qu'il déclare « incompréhensibles davantage encore pour les autres que pour lui ».

Pour les gradés l'aveu d'une infériorité purement psychique est, en général, pénible et pour des raisons qui ne sont pas très différentes de celles que nous venons d'énumérer. D'autre part, le médecin de corps de troupe, le premier consulté, est facilement fixé : « la

mesure de la foi qu'il doit apporter aux dires du malade lui est donnée par la connaissance, ou mieux l'expérience personnelle qu'il a de la valeur morale dont a fait preuve le sujet depuis le début de la campagne » (A. Gilles). Dans le doute, une série de mesures autres que l'évacuation ont pu être prises (mise en observation, ou en d'autres milieux, envois en missions, etc.), qui ont permis, quand ce fut possible, comme pour A... et C..., de se faire une opinion.

4. Aussi bien, n'est-il pas utile d'insister et faut-il songer à des diagnostics plus délicats. L'analyse psychologique de la genèse de ces cas fait souvent songer à la **peur**.

Il est facile d'éliminer celle du **lâche** dont parle le capitaine Laffargue (voir chap. I.). En général, il n'a pas attendu six mois pour se montrer tel qu'il est : au feu, nous l'avons vu ou se terrer ou fuir. S'il tente, pour s'embusquer, un stratagème susceptible de prendre le médecin, il n'ira pas chercher un malaise aussi vague, aussi confus et aussi complexe tout à la fois que celui que nous décrivons. Il est difficile de l'inventer à qui ne l'a pas éprouvé. Or, le médecin de régiment connaît, de longue date, l'homme qui serait capable de ces bassesses : il l'écarte.

Le **poltron pathologique** est plus difficile à remarquer : il en existe pourtant, et de deux sortes (Abadie et Logre).

Il y a d'abord celui chez qui l'accoutumance à la vie de la guerre est irréalisable. Cet homme-là est dominé par la terreur incoercible du danger. Les camarades

se moquent de lui, de ses alarmes, de ses sursauts, de son affolement : on le montre au doigt. Ses chefs renoncent à l'employer, car on ne peut compter sur lui : il est pratiquement indisponible sous le feu de l'ennemi.

En regard de ce poltron dont l'anxiété est ancienne et habituelle, il y a le poltron par disposition anxieuse accidentelle. Il était brave jadis : il a changé à la suite d'un gros choc émotif, accompagné, ou non, de commotion physique ou de blessure. Celui-ci est digne de pitié ; on cherche à lui éviter les causes d'émotion, à l'embusquer, autant que c'est possible dans la tranchée.

Le psychasténique, lui, ne réagit pas de la sorte. Sa peur et ses phobies ne sont pas constantes : elles sont tout à fait disproportionnées avec les causes susceptibles de les éveiller : elles sont paradoxales. Le malade ira au point dangereux si l'ordre est tel, ou si quelque chose l'y appelle ; mais, si bien abrité qu'il soit, au moindre bruit, même anodin, le voici dans des accès de panique qui le secouent de tremblements et l'oppressent.

Du reste, les autres symptômes de la maladie étudiée ici imposent un autre diagnostic que celui-là.

5. Il est une expression commode qui pourrait couvrir l'état pathologique de nos malades, c'est **le cafard**.

Le terme ne s'appliquait primitivement qu'à des faits d'indiscipline morbide observés à peu près exclusivement chez les « joyeux » et les légionnaires : il s'est étendu d'abord à toute une catégorie de syndromes morbides observés aux colonies, puis aux

troubles semblables observés chez tous les militaires.

Il couvre de vraies maladies mentales, comme le fait remarquer Haury : celles-ci sont causées par des intoxications diverses ou par de mauvaises conditions d'hygiène chez des prédisposés par des tares héréditaires ou accidentelles (syphilis, alcool, paludisme), et presque toujours surmenés. Il couvre également les crises obsédantes et impulsives de certains déséquilibres, crises dont l'apparition est favorisée par le milieu où vivent ces militaires, mais qui sont souvent le fruit de l'hérédité. Bref, le terme cache des actes anormaux, mais aussi des actes qui le sont bien peu. Cette forme de cafard, ne peut, on le conçoit, être comparée aux troubles qu'éprouvent nos malades : toute confusion est impossible.

Mais le terme a pris une plus grande extension encore : il est devenu voisin d'ennui et de nostalgie. C'est le sentiment qu'éprouve un « déraciné » (si peu qu'il le soit) et qui tient à un besoin général, senti et non satisfait, d'excitation affective et motrice tout à la fois. Le sujet ainsi touché reste pleinement lucide : il a une conscience entière de ce qu'il sent. Son attitude peut refléter une lassitude et un découragement apparents, mais rien n'est changé dans sa constitution psychique intime. L'état ne s'accompagne d'aucun trouble physique, il est tout à fait passager, il n'a pas de retentissement sérieux sur l'émotivité ni l'affectivité de celui qui l'éprouve. Et par conséquent, il ne peut engendrer aucun symptôme, tel que phobies ou obsessions.

6. Malgré la prédominance apparente, dans quelques

cas, des troubles de divers organes et appareils, on trouvera toujours les signes psychiques qui, ici encore, éviteront toute confusion avec des **maladies organiques**.

Il arrive parfois que, chez les **prétuberculeux**, on observe des troubles bizarres. Les malades se plaignent de la diminution qu'ils perçoivent dans la production de leur énergie. Ils en ont la conscience nette : ils peuvent même traduire leurs plaintes : sentiment de lassitude, céphalée vague et aussi tendance au pessimisme, à la tristesse, aux préoccupations sur leur santé qui font craindre à ces individus d'avoir toutes les maladies, les unes après les autres, émotivité trop facile, état constant d'apathie avec parfois des mouvements d'humeur et d'irritation (Haury).

Dans ces cas, les troubles psychiques sont en général assez flottants, ne s'accompagnent jamais d'obsessions ni de représentations hallucinatoires. On recherchera, du reste, les signes de la tuberculose au début en employant à cette fin, au besoin, les ressources du laboratoire.

Les **arthritiques** peuvent également se plaindre de migraines, d'insomnie, de troubles des divers organes. Mais on trouvera toujours chez eux les signes et la forme de la diathèse, du ralentissement de la nutrition. D'autre part, on y chercherait en vain les éléments psychiques de notre affection.

Certaines **néphrites**, et en particulier le mal de Bright, s'accompagnent assez fréquemment, de troubles gastro-intestinaux, de céphalée, d'atonie intellectuelle et de palpitations. Tous ces symptômes s'éclaireront en procédant à un examen complet qui

décèlera les lésions du cœur et des vaisseaux et la présence d'éléments anormaux dans l'urine.

7. Dans le **tabes**, on peut observer de l'aphasie, de la torpeur intellectuelle, de la perte de la mémoire. En pareille occurrence, on cherchera les signes physiques de l'affection et surtout l'association possible avec la paralysie générale.

8. Les états toxi-infectieux, qui amènent les divers syndromes de **confusion mentale**, engendrent des troubles mentaux bien connus. Les rappeler, c'est montrer combien ils sont différents des troubles de la psychasténie : cyanose et refroidissement des extrémités, troubles digestifs accentués, sensibilité générale engourdie, langage incohérent, facies hébété, désorientation et torpeur intellectuelles, amnésie, illusions, parfois délire onirique.

Avec une étiologie moins bien précisée peut-être, l'**hypnose des batailles** de Milian se rapproche de ces formes.

9. La **syphilis cérébrale** peut être plus difficile à éliminer. Mais, outre que nos malades ont nié tout antécédent, ici les maux de tête sont violents et profonds : il s'agit, suivant l'expression de Fournier, d'encéphalalgies. Ils sont de plus à exacerbations vespérales et à prédominance nocturne. On observe couramment des vertiges, des paralysies des nerfs craniens, oculaires surtout, des convulsions épileptiformes. Enfin les troubles psychiques consistent bien en perte de la mémoire et modifications du caractère, mais souvent ils simulent aussi la lypémanie, les délires alcooliques, le délire de persécution.

10. Une des dérivations de la syphilis cérébrale dont le diagnostic est infiniment délicat, c'est la **paralysie générale** au début, surtout étant donné l'âge de quelques-uns de nos malades.

Les maux de tête existent dans les deux affections : mais, dans la maladie de Bayle, il s'agit plutôt d'une céphalalgie, variable du reste dans sa fréquence et son intensité, et qui disparaît à une période plus avancée de la maladie.

Le paralytique général peut s'apercevoir lui-même de son affaiblissement intellectuel, de la lenteur de ses opérations. Mais il le fait avec indifférence, sans comprendre la portée de cette baisse. Et, du reste, celle-ci est rapidement plus facile à manifester que chez le psychasténique : il y a de l'amnésie vraie, des troubles grossiers de l'attention.

L'irritabilité du caractère existe chez l'un comme chez l'autre des malades. Mais, à bien les observer, on note des différences : le paralytique général n'est pas affaîssé, mais hébété. Il n'est pas affligé de son état, il ne commente pas ses troubles. Son inégalité de caractère provient, dès l'origine, de lacunes vraies et s'accompagne souvent d'idées hypocondriaques dont le fond démentiel apparaît déjà à l'observateur attentif.

Et puis, le paralytique général, qui du reste a conservé le sommeil, a des inégalités dans l'écriture : il oublie des lettres, des mots entiers, il fait des ratures. Le psychasténique, lui, peut omettre un point particulier d'une rédaction, voire un détail entier : son écriture reste correcte.

Le premier prononce mal certains mots, bégäie, oublie des syllabes. Au contraire, le second, qui est loquace à l'occasion, — pour se décrire — sait parler correctement et même avec élégance.

Enfin, pour peu qu'on l'observe avec suite, le paralytique en général, dès le début, dévoile quelques-uns de ces signes qui feront le diagnostic sans hésitation à la période d'état : troubles de la marche, tremblement des lèvres et de la langue, troubles oculopupillaires, idées délirantes, etc.

11. La distinction entre la psychasténie et certains troubles d'origine émotive, nés de la guerre, présente peut-être moins de difficulté : c'est surtout vrai pour les **psychoses hystéro-émotives de la guerre** dont Claude, Dide et Lejonne apportaient récemment plusieurs observations. Il s'agit, d'après la description donnée, d'états où l'on rencontre habituellement « une tendance marquée au théâtralisme, aux actes imaginaires, aux exagérations » ; de l'avis des auteurs, dans ces cas, l'émotion crée, sur un terrain constitutionnel spécial, la psychose hystérique, et la crainte du retour au danger l'entretient.

Dans une psychose analogue, le phénomène impulsif est réalisé d'emblée, sans lutte préalable : le caractère pathologique n'en est conçu qu'*a posteriori*. Le malade est coléreux, non pessimiste ; il peut être violent sans indignation profonde et sans raison véritable. En somme, l'émotion se résoud d'abord et surtout en une réaction motrice.

Ces caractéristiques sont suffisantes pour écarter l'idée de psychasténie.

12. Si l'on ne songe plus guère à rattacher cette affection au groupe effondré des dégénérescences, les novateurs amoureux de synthèse compréhensive pourraient essayer de la faire rentrer dans un cadre plus vaste, celui de la **démence précoce**.

Les états présentement étudiés étant frustes, l'assimilation, au moins partielle, pourrait sembler vraisemblable. Dans les deux cas, on observe des variabilités d'humeur, les facultés intellectuelles s'affaiblissent; la céphalée, l'insomnie, l'amaigrissement complètent la vraisemblance.

Mais le psychasténique a une conscience complète, ou mieux, exagérée de son état morbide. Même lorsqu'il a une inaptitude complète au travail intellectuel, ses facultés existent toujours en puissance et sont simplement et momentanément ternies.

Enfin, le dément précoce, avec son passé chargé, avec son délire flottant, mais à caractères nettement démentiels, avec les signes catatoniques (négativisme, stéréotypie, suggestibilité) qu'il présente toujours, y compris dans les formes frustes, a surtout un psychisme profondément, grossièrement et rapidement touché. Jamais un individu, atteint de cette affection, ne pourrait mener, même momentanément, la vie du combattant.

13. En définitive, l'état complexe, à éléments d'ordre plutôt mental, que nous envisageons, semble voisin de la **mélancolie**.

Les malades atteints de cette psychose, comme les psychasténiques, peuvent présenter des malaises organiques ou généraux : dyspepsie, insomnie, tristesse, etc.

Les uns et les autres se préoccupent de leur mauvais état de santé et s'en affligent.

Mais, chez les premiers, ces signes dominent la scène et occupent toute l'existence. Nos malades se défendent : ils savent que leurs plaintes sont pathologiques, ils sont capables d'essayer de les combattre, sinon de les repousser.

La discussion est par conséquent abordable avec eux. Ils y emploient du reste une étonnante richesse d'argumentations et de termes. Les mélancoliques, au contraire, ont une idée arrêtée, monotone, toujours extériorisée aussi pauvrement et contre laquelle tous les efforts de raisonnement se briseront.

Entin, on évitera toute erreur en interrogeant le passé des malades et leur entourage. La plupart du temps, lorsqu'il s'agit de psychose maniaque dépressive, on saura que l'accès incriminé n'est pas le premier, que les autres, comme celui-là, ont été remarqués sans cause manifeste, et qu'à leur suite, le malade s'est montré d'une exubérance, d'une activité, d'une confiance en soi parfaitement anormales. Malgré tout, il faudra chercher, d'une façon extrêmement attentive, tous les éléments de diagnostic, car des erreurs pourraient être faites dans les cas délicats.

14. La même observation acquiert une importance plus grande encore en ce qui concerne la **neurasthénie**. On sait (voir avant-propos) que nombre d'auteurs ne voient dans la forme étudiée par nous qu'un degré spécial de la neurasthénie, la **cérébrasthénie**. Et la différenciation est encore plus délicate pour ceux qui parlent de la psychasténo-neurasthénie.

Il semble possible cependant de noter quelques distinctions. La neurasthénie est une affection à symptômes organiques précis, ce qui permet de décrire, dans certains cas, des formes digestives, urinaires, génitales, etc. Or, les troubles des viscères que signalent nos malades n'ont pas la même signification. Ils sont d'abord extrêmement vagues, imprécis, flottants. De plus, jamais aucun groupe ne domine la scène : on ne peut pas isoler de cristallisations organopathiques. Enfin ce n'est pas tant l'état organique qui gêne nos malades que l'idée qu'ils en ont.

Cet élément de différenciation n'est pas le seul ; certains symptômes n'ont pas la même valeur dans les deux cas.

La céphalée du neurasthénique n'est pas une pesanteur, mais une véritable douleur, une « algie ». Elle est précisée par le malade qui décrit une sensation de constriction, d'où le nom de céphalée en casque : or, nous n'avons rien observé de pareil.

De même la rachialgie, l'asthénie neuro-musculaire, ont une grosse importance chez le neurasthénique : rien d'analogue chez celui que nous avons qualifié de psychasténique.

Le premier a peur, mais ce phénomène est, chez lui, légitime dans une certaine mesure, comme chez l'individu normal. Au contraire, la phobie et l'obsession du second sont illogiques, et d'ailleurs elles s'imposent, elles franchissent brutalement le seuil de la conscience (André-Thomas) ¹.

¹ Voir également chapitre III.

Mais la différence essentielle réside, à notre avis, dans les troubles mentaux. Assez fréquemment, ils sont atténués chez les neurasthéniques. Ils constituent au contraire la marque de l'affection de Pierre Janet. Tous les autres symptômes n'ont d'importance que par l'idée que s'en fait le malade et par l'exagération de l'auto-analyse. Ainsi se manifeste un trouble de tout l'être, trouble excessivement ténu, délicat, diffus, mais tel, néanmoins, qu'il suffit, nous l'avons vu, à engendrer phobies, obsessions, impulsions, représentations hallucinatoires.

15. Y a-t-il donc entre les deux affections ainsi différenciées une barrière infranchissable ? Nous ne le croyons pas. Pour un certain nombre de cas, notamment pour les états frustes étudiés ici et qui ne se rattachent pas à la psychasténo-neurasthénie, la délimitation n'est pas toujours précise.

Nous avons néanmoins parlé d'états psychasténiques, car les signes différentiels nous ont paru suffisants comme nombre et comme précision. D'autre part, l'analyse, aussi rigoureuse que possible, de l'état mental nous a révélé une parenté avec les descriptions de Janet. Enfin les obsessions et les autres symptômes surajoutés ne sont pas décrits dans les études classiques sur la neurasthénie : il vaut mieux, en définitive, ne pas faire à cette affection des cadres trop vastes, sous peine de lui enlever toute caractéristique.

CHAPITRE VII

DÉDUCTIONS PRATIQUES

Il nous reste à tirer les conclusions pratiques de cet exposé, c'est-à-dire à considérer l'avenir des psychasténiques, leur utilisation et les applications médico-légales qui peuvent en découler, enfin la conduite thérapeutique à tenir en présence de pareils malades.

I. Evolution et pronostic.

A s'en tenir à la lecture des faits cliniques, les deux premiers éléments font complètement défaut. En effet, pour certaines raisons exposées dans l'Avant-propos, il nous a fallu publier dès à présent nos observations. Il est possible toutefois de se faire une idée générale de l'aspect évolutif, puisque certains malades, notamment A..., et peut-être B... et I..., avaient déjà présenté des troubles psychiques avant la guerre.

Dans l'état actuel de nos connaissances à ce sujet, on peut affirmer — ce qui est vrai pour les psychasténiques observés antérieurement — que la marche de l'affection est extrêmement lente et subit des rémis-

sions. Dans un certain nombre de cas, elle débute, ou du moins se précise assez tard et ne progresse que d'une façon presque insensible : elle permet ainsi aux malades atteints d'états frustes de continuer à vivre comme s'ils étaient normaux, même quand leur vie nécessite autant de qualités et de vertus que celle du combattant.

Bien plus, en apparence du moins, une surveillance étroite, un régime physique assez surveillé, par moments une cure de désintoxication, enfin une soustraction momentanée au milieu, peuvent amener le retour à un état quasi normal.

Peut-on avec ces éléments parler de guérison ? Nous ne le croyons pas. A ne considérer que nos malades, aucun n'a été suivi assez longtemps pour que l'on puisse être affirmatif. Toutefois, l'expérience que l'on a des psychasténiques permet de conclure au peu de chances de curabilité définitive. Il a été toujours classique d'admettre que l'affection persiste longtemps dans sa période d'état, malgré les rémissions intercalaires aux crises ; il s'agirait ainsi d'une forme, pour ainsi dire, stable « d'hypochondrie constitutionnelle ».

Pourtant l'affection n'existe pas dans l'enfance, malgré l'opinion contraire de Williams. D'autre part, si l'on suit pendant des années le même psychasténique, on voit sa mentalité se modifier peu à peu, lentement. Notre maître, le professeur Jean Lépine, dans ses leçons cliniques, attirait particulièrement l'attention sur ces détails. A force de vivre avec des idées qui lui paraissaient parfaitement absurdes au début, le malade s'y habitue, s'y complait, cesse d'y résister,

finit inconsciemment par leur accorder une part de vérité : là se trouvent les germes des idées d'interprétation. Janet admet la possibilité d'une pareille évolution, puisqu'il a publié un cas de délire systématisé à la suite de sentiments d'incomplétude chez une psychasténique. Arndt également lorsqu'il parle d'une ébauche de paranoïa (voir chap. IV).

II. La conduite du médecin de régiment.

Si nous avons signalé la possibilité d'une évolution extrême de l'affection, il ne faudrait pas croire pourtant qu'elle est la règle. Au contraire, — ce qui sera particulièrement vrai pour nos états frustes, — dans la majorité des cas, l'état psychopathique est en apparence passager, d'une symptomatologie quelquefois estompée, et, par conséquent, compatible avec une vie rude. En somme, l'allure du malade est telle que l'on se demande si l'évacuation est légitime¹.

Cette solution a incontestablement des avantages.

D'abord, elle est simple. Elle permet de se débarrasser du malade, sans essayer d'approfondir les troubles psychiques et en signalant seulement les symptômes organiques déclarés par le malade : atonie ou dyspepsie gastro-intestinale, par exemple, et en ajoutant la mention : à observer au point de vue mental.

De plus, ainsi est dégagée toute responsabilité. Une fois évacué, le malade ne risque plus de semer

¹ Nous discutons la question avec impartialité, n'ayant jamais eu à prendre, en personne, de décision à propos de nos malades.

des nouvelles plus ou moins pessimistes, de jeter le désaccord parmi ses camarades, de créer des alarmes hors de propos, etc.

Mais pourquoi craindre les solutions extrêmes ? Nous n'en avons personnellement observé aucun cas. Le suicide a été quelquefois signalé chez les psychasténiques. Aucun de nos malades n'a tenté quelque chose d'analogue. Croit-on qu'il serait particulièrement fréquent chez des gens qui courent, d'une façon quasi permanente, les plus grands risques, et qui voient tous les jours, à leur côté, les horreurs de la souffrance. La crainte d'un mal est annihilée par celle d'un mal aussi grand, plus précis, plus immédiat. Le psychasténique peut dire parfois que la mort serait un bien pour lui, il ne le pense pas, moins dans la tranchée que partout ailleurs.

Ainsi donc, il ne faut pas se hâter de se débarrasser des malades. L'évacuation une fois faite sera un nouvel argument pour eux, leur permettant de démontrer la réalité de leur affection. Si l'on a commis l'imprudence de mettre au long l'exposé des symptômes sur le billet ou la fiche d'évacuation, on a créé ainsi tout un ensemble de points autour desquels se cristalliseront une série de pensées et d'idées d'allures processives.

Et puis, le médecin est un expert militaire. Comme le fait remarquer Gilles : « L'intensité critique des événements à la guerre est telle qu'elle impose, sans autres considérants, de vouloir, au maximum, l'effort physique et moral de tous, sans chercher au delà de cette nécessité absolue et immédiate de vaincre. » Ces

réflexions sont fort judicieuses, étant l'importance qu'attachent, dans leurs pensées, nos malades à l'évacuation.

Quelle règle faudra-t-il donc adopter ? A notre avis, aucune d'une façon absolue : il n'y a que des cas d'espèce. On tiendra compte du passé pathologique et militaire des malades, de leur âge, de l'ancienneté de la forme, de la gravité de leur affection, de son extériorisation aussi, enfin du retentissement éventuel que pourraient avoir ces troubles sur l'entourage.

Quelle que soit la décision vers laquelle on penche, elle ne sera prise qu'après une mise en observation sérieuse, lorsqu'elle sera possible. L'interrogatoire méthodique des camarades et des chefs du malade permettra d'éviter les erreurs de diagnostic, et aussi les inconvénients d'une solution hâtive ou prématurée.

Toutes les fois qu'il pourra être envisagé, comme le fait se produisit pour trois de nos malades, un compromis aura des avantages. Pour F..., ce fut une blessure qui nécessita l'évacuation et sépara le malade du milieu où étaient apparus les premiers troubles. A... fut envoyé en mission, G... à un cours d'instruction, qui leur permirent, à l'un et à l'autre, de se refaire.

Si rares que puissent être des solutions analogues à ces deux dernières, elles pourront être cherchées par le médecin en union intime avec le commandement. De toute façon, du reste, il conviendra d'instituer, autour du malade, pendant la période d'observation, une surveillance étroite, et d'être large si certains

signes prémonitoires pouvaient faire craindre des actes répréhensibles.

III. Applications médico-légales.

C'est pour cette raison, du reste, qu'il convient d'examiner les résultats disciplinaires de certains gestes éventuels des psychasténiques. Pour nos malades, c'est dans un cas seulement (obs. V, chap. II) que la question se pose. Il s'agit d'un soldat qui, à la suite de phobies particulièrement tenaces, réussit à rester à l'arrière, alors que sa compagnie se rendait aux tranchées. La punition fut, il est vrai, évitée, mais le malade en était passible.

Deux solutions disciplinaires peuvent se présenter : ou bien le sujet n'encourt qu'une punition légère, ou bien il est traduit devant le Conseil de guerre.

A. — Dans le premier cas, il importe que, toutes les fois qu'il y a un doute, le commandement en appelle au médecin. Personnellement, nous avons toujours vu adopter cette solution. On ne saurait toutefois trop la recommander. Le médecin du régiment, qui vit depuis des mois avec la troupe, connaît sa mentalité, ses réactions : il a su apprécier tout ce que le soldat français, pendant la guerre, a montré de ressort, de vitalité et d'élégance ; il connaît les officiers et la plupart des hommes de son unité. Ainsi, sans cesser d'être impartial, sans négliger une mise en observation, s'il la juge nécessaire, il pourra donner un avis pleinement motivé.

B. — Si le malade est présenté devant un Conseil

de guerre, il risque parfois d'être jugé uniquement par des militaires, sans que le médecin soit appelé à donner son avis. Pourtant, presque dans tous ces cas, un expert médical devrait être présent et pouvoir apporter, lorsqu'il le jugerait à propos, ses lumières.

La demande que nous formulons là n'est pas nouvelle, du reste, et était en voie d'aboutissement quelques mois avant la guerre. L'article 35 de la loi sur la réforme des Conseils de guerre prévoit l'expertise préventive des inculpés. Mais il faut envisager la question dans un esprit large et appeler l'expert toutes les fois qu'un doute, même léger, peut flotter, toutes les fois que l'inculpé a invoqué ou pourrait invoquer la maladie.

A qui confier durant la guerre ces expertises, en particulier dans les Conseils de guerre de l'avant, puisqu'éventuellement c'est là que seraient présentés des psychopathes comme les nôtres ? A cette question, la réponse est simple, puisque nombre de médecins des asiles ou de médecins légistes sont actuellement mobilisés, puisqu'également l'instruction ministérielle du 5 avril 1913¹ a créé des médecins militaires experts psychiatres.

Mais, aux uns et aux autres, une condition est nécessaire : avoir vécu, pendant plusieurs mois, en contact intime, permanent, de tous les instants, avec les combattants, afin de connaître à fond les modifications de mentalité engendrées par la guerre et sur

¹ Voir l'*Informateur des Aliénistes et des Neurologistes*, 25 avril 1913, p. 189.

lesquelles on ne saurait trop insister. La jeunesse de notre époque est vraiment constituée « d'êtres nouveaux en qui a germé un merveilleux épanouissement de vertus identiques que nul n'aurait su prévoir » (G. Le Bon). Ainsi donc, afin de pouvoir dépeindre et juger l'anormal, il est indispensable de bien connaître le combattant sain.

Les médecins ainsi spécialisés pourraient être mis en contact intime avec le Conseil de guerre de chaque division d'une façon très simple : il suffirait de les affecter à une ambulance divisionnaire. A celle-ci le spécialiste soignerait les malades mentaux légers, c'est-à-dire ceux qui, tout en présentant des symptômes psychiques, ne méritent pas d'être envoyés jusqu'aux centres neuro-psychiatriques d'armée ou de l'arrière. Aux jours et heures de Conseil de guerre, l'expert jouerait le rôle que nous lui avons assigné.

Ainsi, dans certains cas, renverrait-on à leur unité des hommes qui, convenablement traités, peuvent faire des combattants, sans gêner leur entourage.

IV. Thérapeutique.

Il reste à savoir quel genre de traitement convient plus spécialement à des malades aussi difficiles à manier, au moins dans leur unité ou dans la formation sanitaire la plus voisine. On doit viser, semble-t-il, l'état général, le régime à suivre, enfin la pratique du traitement proprement dit. Celui-ci sera naturellement psychique, comme l'affection elle-même.

En pareil cas, on tente de relever la **déchéance de**

l'organisme par tous les médicaments. Le phosphore et l'arsenic peuvent trouver là, semble-t-il, d'heureuses indications, qu'ils soient isolés ou mieux associés. Ils sont vraiment utiles lorsque la psychopathie succède à une infection.

On peut, de même, chercher les causes d'intoxication éventuelle pour les éviter. Si le foie, les capsules surrénales, le rein sont ou lésés, ou, du moins, touchés dans leur fonctionnement, un traitement approprié peut avoir d'heureux effets.

Lorsqu'un des symptômes domine vraiment la scène, on a pu essayer d'en diminuer l'importance, donner de l'antipyrine contre la céphalée, du bromure à faibles doses ou du chloral pour remédier à l'insomnie.

L'action de ces divers médicaments peut être renforcée par une vie régulière sans excès, une hygiène soigneuse, une activité moyenne et surtout bien réglée.

Telle est, du moins, la thérapeutique adoptée fréquemment. Or, il faut bien le dire, elle est plus nuisible qu'utile; elle peut, dans certains cas, être néfaste : il faut l'éviter.

Sauf indications spéciales, les prescriptions médicamenteuses n'auront d'autre effet généralement que de fixer par suggestion la maladie. De plus, elles augmenteront la manie du poison, qui est si commune chez beaucoup et que nous avons signalée chez C... Aussi, les indications données plus haut n'ont-elles qu'un but : guider le choix dans les cas, du reste exceptionnels, où une médication paraîtrait opportune. L'essen-

tiel est que le médecin soit très réservé : qu'il évite, sous prétexte d'améliorer, de créer des localisations nouvelles ou de fixer des symptômes flottants.

Les mêmes réflexions s'appliquent au **genre de vie** conseillé au malade.

On peut tenter une diététique qui, améliorant les troubles des organes, peut, par là même, modifier favorablement les manifestations cénesthésiques. En raison de l'atonie gastro-intestinale, on pourra parfois administrer des ferments. On règlera les repas en les faisant fréquents, mais peu copieux. Au malade quittant la ligne de feu, on s'efforcera surtout de présenter des mets variés, chauds, sans cesse nouveaux. A la suite de ces repas, on prescrira une courte promenade autour de l'ambulance.

On essaiera de chasser l'insomnie par des procédés analogues : il n'y a pas de petits moyens en pareil cas. Il faudra préparer un bon lit, confortablement organisé et autour duquel le sujet traité puisse installer facilement le peu qu'il apporte avec lui. Qu'on ne s'y trompe pas. Le combattant, qui a longtemps couché sur la dure, dans la boue et l'humidité, est tout heureux de trouver un lit, mais il aime aussi reconstituer autour de lui un milieu qui lui plaise. « Installer, s'organiser, voilà ce qui l'intéresse, car cela demande de l'adresse, de la prévoyance et du goût : le Français est homme de goût jusqu'au bout des ongles¹. »

Procéder de la sorte, c'est déjà faire de la **psychothérapie**. Notre malade, dont l'état mental n'est pas

¹ Kipling, *op. cit.*, p. 12.

très touché, remarquera tous les détails de son installation, il appréciera d'autant plus le nouveau milieu que celui-ci sera différent de l'ancien qu'il déteste : l'amélioration parfois est à ce prix.

La **persuasion** lente, agissant presque à l'insu du malade, est le seul procédé à retenir, car il a suffi à améliorer sensiblement l'état pathologique, du reste bénin, de nos psychasténiques, leur permettant ainsi de reprendre, au moins temporairement, leur place dans le rang.

Au demeurant, tout autre procédé serait inopérant et même dangereux. La suggestion, par exemple, qui est forcément impérative, choquerait nos malades : ceux-ci sont des émotifs, ils se détourneraient à jamais du médecin.

La persuasion doit, du reste, être plus active. On gagnera la confiance du psychasténique, non seulement par les petits moyens énumérés ci-dessus, mais encore en l'entourant de toute sa sollicitude. On le laissera parler et l'on subira, sans contrainte apparente, sans impatience, ses longs discours. On s'intéressera à sa vie, à son passé, à ses rêves d'avenir : on lui montrera, en somme, que, quels que soient les grades respectifs, on s'occupe de lui comme d'un camarade. Toutefois, il faut éviter d'être importun. Ne jamais quitter un psychasténique, c'est justement lui démontrer qu'il est malade et lui donner de nouveaux arguments.

Mais, si gagner sa confiance est bien, il est mieux de lui rendre confiance en lui. Lorsqu'on sentira le malade en bonne disposition, il faudra s'efforcer doucement, mais avec fermeté, de le convaincre de l'exa-

gération, puis de l'inanité de ses plaintes et de ses peurs.

Les conseils affectueux, les raisonnements, les distractions modérées, le changement de milieu joints au demi-repos, auront ainsi de bons effets chez des malades comme les nôtres.

Il s'agira d'états plus sérieux, si aucune amélioration n'apparaît. Mais alors, c'est l'insuffisance des fonctions du cerveau qui est, comme le fait remarquer Janet, un des faits fondamentaux de la maladie. Il faut donc réduire le travail, afin d'obtenir qu'il soit plus complètement et plus parfaitement accompli. Il faut mesurer, autant que c'est possible, les grandes émotions de l'existence, qui sont souvent le point de départ d'exacerbations morbides. En somme, il faut soustraire définitivement le malade à un milieu qu'il ne reverra plus, il faut commencer, à son sujet, un traitement spécial, qui sera long, et peut-être suivi d'insuccès. Mais nos malades n'appartiennent plus à ces catégories.

Le traitement institué à leur sujet par le médecin sera complété grâce à une bonne psychologie du commandement.

D'une façon générale, il serait faux de dire de nos psychasténiques frustes, qu'ils sont le reflet de certaines préoccupations de leur milieu. Mais l'officier gagnera peut-être à les interroger quelquefois. Plus sensibles que la moyenne des combattants, se livrant plus facilement et avec un grand luxe de détails, ils indiquent, par cet aspect de leur psychose, quelques points de la tenue mentale de la troupe dans laquelle

ils vivent. Ils la déforment, c'est vrai, mais sans la rendre méconnaissable. Ce sont les bourrus bienfaisants qui font réfléchir. C'est par eux qu'on saura parfois le degré de fatigue d'une troupe, les limites de l'effort qu'elle peut fournir, etc. Or, comme tout chef doit être doublé d'un psychologue, comme tout chef doit tenir à connaître sa troupe pour la bien mener et en obtenir, avec le moindre effort le maximum de rendement, il saura, au besoin, vers qui se renseigner, tout en n'ignorant pas l'imperfection des confidences reçues.

Mais le chef ne doit pas considérer le psychasténique comme un thermomètre, du reste souvent inexact, toujours dangereux. Il doit surtout, de toutes ses forces, tâcher de modifier, dans la mesure où c'est possible, la mentalité du subordonné ainsi touché. En manifestant sa présence fréquente, en s'intéressant aux gestes et à la vie de l'homme, il acquerra sa confiance. Mieux que personne, le capitaine X... était qualifié pour nous décrire les procédés à employer : « Inutile de faire des phrases et de professer ses sentiments : ce n'est pas la mode de l'avant. L'affection du chef, c'est une bourrade dans le dos, une blague relevée à temps, un séjour prolongé auprès d'un brasero, où l'on bavarde à 50 mètres du Boche. L'affection, c'est aussi le soin minutieux qu'on prend de l'ordinaire, les distributions bien réglées, le casse-croûte toujours prévu aux tranchées, le porc opportunément acheté et qui vient relever le menu¹. »

¹ *Op. cit.*, p. 147.

Cette confiance basée sur la tendresse du chef sera cultivée jalousement par celui-ci. A l'occasion, spontanément, il surveillera l'entourage de son subordonné, modifiant le caractère ou l'allure de certains. Aux heures troubles où le psychasténique est plus particulièrement triste ou déprimé, c'est son chef encore qui, d'une façon opportune, lui évitera, pour une fois, une corvée désagréable. Bref, d'un effort soutenu, méthodique, appliqué, le médecin et l'officier sauront collaborer à l'amélioration de la qualité de notre malade, comme des autres, ce qui doit être la plus impérieuse et la plus sacrée de leurs préoccupations.

CONCLUSIONS

I. — La guerre n'a ni augmenté le nombre des psychasténiques, ni créé de formes nouvelles de la maladie : elle n'a fait que donner des couleurs spéciales aux états frustes en particulier.

II. — Ces couleurs ou caractéristiques du reste ne sont que des modifications des réactions psychiques des combattants.

III. — Telle qu'elle ressort de l'étude des observations, la psychasténie nous est révélée par des symptômes physiques (céphalée, insomnie, troubles des divers organes) et psychiques (affaiblissement de l'activité intellectuelle, désordres de l'affectivité et de l'émotivité, phobies, obsessions, impulsions, représentations hallucinatoires).

IV. — L'état mental dénote des altérations, dont chacune est diffuse et incomplète, de toute la personnalité.

V. — Les facteurs étiologiques sont divers et n'agissent jamais d'une façon massive et immédiate :

ils n'ont d'influence que par l'idée que s'en fait le malade.

VI. — Le diagnostic se fait avec des affections organiques ou nerveuses, des syndromes observés à la guerre, mais surtout avec la mélancolie et la neurasthénie : les différenciations d'avec cette dernière n'ont pas une valeur absolue.

VII. — Pratiquement, on doit conclure : 1° que le pronostic est sérieux ; 2° que, pour tous les points d'expertise, il faut en appeler au médecin compétent ; 3° que le traitement, qui est psychique (persuasion), résulte d'une harmonieuse collaboration de l'officier et du médecin.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
J. LEPINE.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 1^{er} décembre 1916.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

TRAVAUX CONSULTÉS

ANDRÉ-THOMAS, *Psychothérapie*, Baillière, 1912.

AUDIBERT, la Simulation dans l'armée (*Paris Méd.*, 22 janvier 1916, p. 103).

BALLET (Gilbert), *Traité de Pathologie mentale*, Doin, 1903.

— l'Insomnie à crises intermittentes (*Presse Méd.*, 17 février 1916, p. 73).

BALLET et Raymond MALLET, Aperçu sur la physiologie pathologique des hallucinations (*Paris Méd.*, 4 octobre 1913, p. 411).

BARAT, voir Ségla et Barat.

BENON, les Maladies mentales et nerveuses et la guerre (*Rev. Neur.*, février 1916, p. 210).

BERNHEIM, Des hallucinations physiologiques et pathologiques (*Encéphale*, juin 1913, p. 509).

BINET, *les Altérations de la personnalité*, 3^e édition, Alcan, 1912.

CAMUS, voir Dupré et Camus, Deny et Camus.

CHARON, Psychopathologie de la guerre (*Progr. Méd.*, juin 1915, p. 425).

CHAVIGNY, Psychiatrie aux armées (*Paris Méd.*, 17 juillet 1915, p. 184; 23 octobre 1915, p. 415; 1^{er} janvier 1916, p. 8).

CHASLIN, *Éléments de Sémiologie et Cliniques mentales*, Asselin et Houzeau, 1912.

CLAPARÈDE, la Question de la mémoire affective (*Arch. de Psych.*, février 1911).

- CLAUDE, DIDE et LEJONNE, Psychoses hystéro-émotives de la guerre (*Paris Méd.*, 2 septembre 1916, p. 181).
- CYGIELSTREJCH, la Psychologie de la panique pendant la guerre (*Ann. Méd. psych.*, avril 1916, p. 172).
- DÉJERINE et GAUCKLER, *les Manifestations fonctionnelles des Psychonévroses*, Masson, 1912.
- le Traitement par l'isolement et la psychothérapie des militaires atteints de troubles fonctionnels du système nerveux (*Presse Méd.*, 30 décembre 1915, p. 521).
- DENY et CAMUS, *la Psychose maniaque dépressive*, Baillière, 1907.
- DENY et ROY, *la Démence précoce*, Baillière, 1903.
- DEVAUX et LOGRE, *les Anxieux*, Masson, 1916.
- DWELSHAUVERS, *la Synthèse mentale*, Alcan, 1908.
- *l'Inconscient*, Flammarion, 1916.
- DIDE, voir Claude, Dide et Lejonne.
- DUBOIS (de Berne), *les Psychonévroses et leur traitement moral*, Masson, 1909.
- DUPRÉ et CAMUS, les Cénestopathies (*Encéphale*, décembre 1907).
- — les Cénestopathies (*Mouv. Méd.*, janvier 1913).
- DUPRÉ et LONG-LANDRY, les Cénestopathies (*Soc. de Psych.*, mars 1907).
- FALRET, Obsessions intellectuelles et émotives (*Rapport au Congrès intern. de Méd. ment.*, Paris, 1889).
- FOURCADE, *la Constitution émotive* (th. de Paris 1910).
- GAUCKLER, voir Déjerine et Gauckler.
- GILLES (André), Etude sur certains cas de neurasthénie observés sur la ligne de feu (*Ann. Méd. psych.*, nos 2 et 3, 1916).
- GRANJUX, A propos du cafard (*Arch. d'Anthrop. crim.*, octobre-novembre 1911, et *le Caducée*, 2 septembre 1911).
- GRASSET, *Demi-fous et demi-responsables*, Alcan, 1908.
- le Traitement des psychonévroses de guerre (*Montpellier Médical*, 28 octobre 1915).

HAURY, *les Anormaux et les malades mentaux au régiment*, Masson, 1913.

- les Retentissements organiques de la vie de guerre et les soins à donner aux blessés (*Pr. Méd.*, 18 novembre 1915, p. 458).

HESNARD, voir Régis et Hesnard.

JAMES (William), *la Théorie des émotions*, trad. Dumas, 4^e édition, Alcan, 1913).

JANET (Pierre), *les Névroses*, Flammarion, 1909.

- *l'Automatisme psychologique*, 7^e édition, Alcan, 1913.
- Délire systématisé à la suite des sentiments d'incomplétude chez une psychasténique (*Journ. de Psych. norm. et path.*, 10 janvier 1908, p. 157).

JANET et RAYMOND, *Névroses et idées fixes*, Alcan, 1907.

- — *les Obsessions et la Psychasténie*, 2^e édition, Alcan, 1908.

JUARROS, Valeur de l'état mental dans le diagnostic des psychonévroses (*Arch. espan. de Neur. y Psiq.*, février 1910, p. 40).

KANDISKY, Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnesauschungen (*Cent. f. Psych.*, 1^{er} novembre 1884).

LANGE, *les Emotions*, trad. Dumas, 4^e édition, Alcan, 1911.

LARROUSSINIE, Hallucinations succédant à des obsessions (*Arch. de Neur.*, 1896, t. II, p. 33).

LE BON (Gustave), *Enseignements psychologiques de la guerre européenne*, Flammarion, 1916.

LEJONNE, voir Claude, Dide et Lejonne.

LÉPINE (Jean), *Cours magistral*, été 1914.

- Médications mentales, in Médications symptomatiques (*Biblioth. de therap.*, Baillière, 1914).

LE SAVOUREUX, *le Spleen* (th. de Paris, 1913).

LOGRE, Sur quelques cas de fugue pathologique devant l'ennemi (*Rev. Neur.*, juillet 1916, p. 20).

- Voir Devaux et Logre.

LONG-LANDRY, voir Dupré et Long-Landry.

LUGARO, *Sulle pseudo-allucinazioni* (*Riv. di Pat. nerv. e ment.*, janvier-février 1903).

MALLET (Raymond), *Troubles psychiques et hallucinations chez le combattant* (*Réun. méd.*, IV^e armée, 3 décembre 1915).

— *Troubles d'origine émotive chez le combattant* (*Réun. méd.*, IV^e armée, 28 janvier 1916).

MARCHAND, *Manuel de Médecine mentale*, Doin, 1908.

MARIE (André), *Traité international de Psychologie pathologique*, t. I, II, III, Alcan, 1910, 1911, 1912.

MASSELOU, voir Rodiet et Masselon.

MEDEA, *Maladies nerveuses et mentales dans leurs rapports avec la guerre* (*l'Ospedale Maggiore*, juin 1915).

MEIGNANT, *la Psychasténie* (*Anjou Médical*, octobre 1912, p. 258).

MEURIOT, *Hallucinations des obsédés* (th. de Paris, 1903).

MILIAN, *l'Hypnose des batailles* (*Paris Méd.*, 2 janvier 1915).

PIÉRON, *le Problème psychologique du sommeil*, Masson, 1913.

— voir Vaschide et Piéron.

RÉGIS, *Précis de Psychiatrie*, 5^e édition, Doin, 1913.

— *les Troubles psychiques et neuro-psychiques de la guerre* (*Pr. Méd.*, 27 mai 1915, p. 177).

RÉGIS et HESNARD, *la Doctrine de Freud et de son école* (*Encéphale*, avril-mai-juin 1913).

RENAUX, *Etats confusionnels consécutifs aux commotions des batailles* (th. de Paris, 1915).

RÉNON, *l'Angoisse de guerre et son traitement* (*Bull. de Thér.*, mars 1916).

REY, *Psychologie*, Cornély, 1908.

RISSET, *les Maladies de la personnalité*, 13^e édition, Alcan, 1907.

— *les Maladies de la mémoire*, 22^e édition, Alcan, 1911.

— *les Maladies de la volonté*, 27^e édition, Alcan, 1912.

— *la Psychologie de l'attention*, 12^e édition, Alcan, 1913.

RICHE (André), *les Etats neurasthéniques*, Baillière, 1908.

RODIET et MASSELOU, *Quelques considérations sur l'étiologie de la mélancolie et sur la place de cette affection dans le*

cadre nosographique (*Encéphale*, décembre 1911, p. 532).

ROGUES DE FURSAC, Un cas d'émotivité morbide chez un militaire
— (*Soc. de Neurol. de Paris*, 29 juillet 1915).

RAYMOND, voir Janet (Pierre) et Raymond.

ROY, voir Deny et Roy.

SCHNYDER, le Concept de psychasténie (*Revue Méd. de la Suisse rom.*, 20 octobre 1913).

SÉGLAS, Note sur l'évolution des hallucinations et leur passage au délire (*Arch. de Neur.*, 1903, p. 85).

— de l'Obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante (*Ann. Méd. psych.*, janvier-février 1912).

SÉGLAS et BARAT, le Rôle de l'émotion dans l'étiologie des maladies mentales (*Journ. de Psychol.*, mars-avril 1913).

SPIELMANN, Psychoses et psychonévroses de la guerre (*Compte rendu de la Soc. Méd. de Nancy*, 28 juillet 1915).

TARDIEU, *l'Ennui*, Alcan, 1913.

VASCHIDE et PIÉRON, Psychologie du rêve (*Act. Méd.*, Baillière, 1902).

WILLIAMS, Psychasténie juvénile (*Med. Record*, 15 juin 1912, p. 1162).

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	9
CHAPITRE PREMIER. — LES RÉACTIONS PSYCHIQUES DU	
COMBATTANT.	17
1. La vie du combattant	18
2. Modification de l'activité intellectuelle	20
3. La gaieté du combattant	21
4. Le dédain de l'arrière et la jalousie.	22
5. Diminution des réactions émotives.	24
6. La peur et le courage.	25
CHAPITRE II. — OBSERVATIONS	31
CHAPITRE III. — SYMPTÔMES RÉVÉLATEURS	44
I. Signes physiques.	44
1. Céphalée.	44
2. Insomnie	45
3. Fonctionnement du tube digestif	47
4. Troubles de l'appareil circulatoire	48
5. Troubles pulmonaires	49
6. Appareil urinaire	49
7. Fonctions génitales	49
8. Troubles nerveux et sensoriels	49
9. Etat général	50
II Signes psychiques	50
1. Affaiblissement de l'activité intellectuelle	50
2. Affectivité	51
3. Emotivité	52
4. Phobies, obsessions, anxiété, impulsions	53
CHAPITRE IV. — L'ÉTAT MENTAL ET SA GENÈSE PSYCHOPATHOLOGIQUE	56
I. L'autoanalyse	56
II. Troubles de la conscience	57
III. Troubles des fonctions générales de la conscience.	59
IV. Troubles émotionnels	61

V. Troubles de la personnalité	63
VI. L'insomnie et ses résultantes	67
CHAPITRE V. — FACTEURS ÉTIOLOGIQUES.	73
1. Héritéité	73
2. L'âge	74
3. Situation : l'officier et le soldat	75
4. Fatigue.	76
5. Défectuosités de l'alimentation	77
6. Etat antérieur de santé.	78
7. Intoxications exogènes.	79
8. Auto-intoxications	81
9. Infections	82
10. Préoccupations sexuelles	83
CHAPITRE VI. — DIAGNOSTIC	86
1. Sont-ce des malades?	86
2. La Kriegsunlust des Allemands	87
3. Simulation ou « évacuée »	88
4. La peur.	90
5. Le cafard	91
6. Maladies organiques	93
7. Tabes	94
8. Confusion mentale et hypnose des batailles	94
9. Syphilis cérébrale	94
10. Paralysie générale	95
11. Psychoses hystéroémotives de la guerre	96
12. Démence précoce	97
13. Mélancolie	97
14. Neurasthénie.	98
15. Conclusion	100
CHAPITRE VII. — DÉDUCTIONS PRATIQUES	101
I. Evolution et pronostic	101
II. La conduite du médecin de régiment	103
III. Applications médico-légales	106
IV. Thérapeutique	108
CONCLUSIONS.	115
TRAVAUX CONSULTÉS	117

